

organicom

ISSN 2238-2593

REVISTA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E RELAÇÕES PÚBLICAS • ANO 9 • EDIÇÃO ESPECIAL — NÚMEROS 16/17 — 2012

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

ALEXANDRE PADILHA

ANGELA LOVATTO DELLAZZANA

ARQUIMEDES PESSONI

ASDRÚBAL B. F. SOBRINHO

BOANARGES LOPES FILHO

DAVID UIP

DENISE WERNECK CARVALHO

DJALMA JOSÉ PATRÍCIO

EDGAR REBOUÇAS

ELIANA MARTINS MARCOLINO

FELISBELA LOPES

GUILHERME VILAR

INESITA SOARES DE ARAÚJO

ISAAC EPSTEIN

ISALTINA MARIA GOMES

LEANDRO LEONARDO BATISTA

MARIA ÂNGELA MATTOS

MARIA ROSANA F. NASSAR

MARIA TERESA M. FREIRE

MARIA TERESA M. KERBAUY

MARISA ROMANGNOLLI

MÔNICA FARIAS DOS SANTOS

MÔNICA PETRACCI

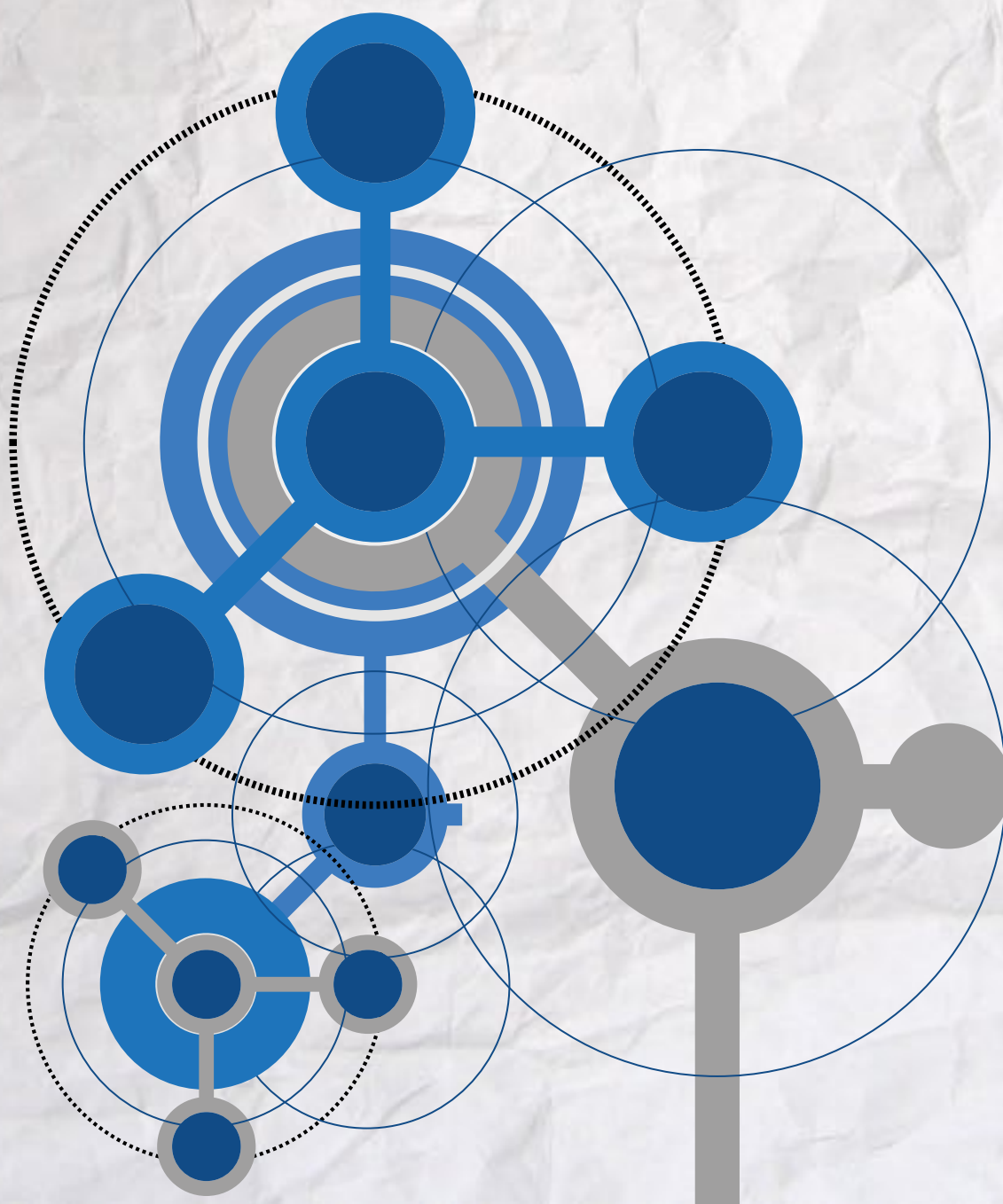
PAULO ROBERTO DE SOUSA

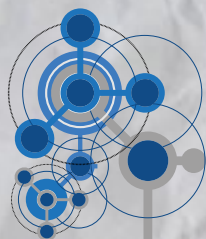
SANDRA MARINHO

SÔNIA REGINA S. BERTOL

TERESA RUÃO

VALDIR DE CASTRO OLIVEIRA





EXPEDIENTE

organicom

SÃO PAULO • ANO 9 - EDIÇÃO ESPECIAL • NÚMEROS 16/17 • 2012

COMISSÃO EDITORIAL/EDITORIAL COMMITTEE/COMITÉ EDITORIAL

Diretora/Director/Directora

Margarida Maria Krohling Kunsch

Editor/Editor/Editor

Luiz Alberto de Farias

MTE-SP n. 36.596 – Conrerp SP/PR n. 3.033

Comitê executivo/Executive committee/Comité ejecutivo

Luiz Alberto de Farias

Waldemar Luiz Kunsch

Camila Khoury

Paula Carolina L. Viel

Rosângela Zomignan

Coordenação do dossiê desta edição/Coordination of the dossier of this edition/

Coordinación del dossier de esta edición

Maria Aparecida Ferrari

Edição científica e revisão/Scientific edition and revision/Edición científica y revisión

Waldemar Luiz Kunsch

MTE-SP n. 11.564 – Conrerp SP/PR n. 1.829

Traduções/Translations/Traducciones

Robert Liot Backer (English) /

Jorge Villena Medrano (Español)

Projeto gráfico/Graphic project/Proyecto gráfico

Paulo Alves de Lima

Paginação eletrônica/Digital diagramation/Diagramación electrónica

DOKA Comunicação

• • •

Os artigos publicados são de responsabilidade de seus autores, cujas abordagens não necessariamente coincidem com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial.

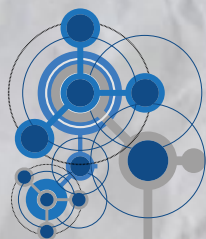
Não é permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo da revista sem prévia autorização por escrito da equipe editorial.

The articles published are responsibilities of their authors, whose approaches do not necessarily coincide with the point of view of the editors and of the Editorial Board.

Total or partial reproduction of the content of this magazine without prior written authorization of the editorial team is forbidden.

Los artículos publicados son de responsabilidad de sus autores, cuyos abordajes no necesariamente coinciden con el punto de vista de los editores y del Consejo Editorial.

No está permitida la reproducción total o parcial del contenido de la revista sin previa autorización por escrito del equipo editorial.



organicom

REVISTA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO
ORGANIZACIONAL E RELAÇÕES PÚBLICAS

Organicom é uma publicação semestral produzida pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação (PPGCom) da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP), por meio do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu de Gestão Estratégica em Comunicação Organizacional e Relações Públicas (Gestcorp), em conjunto com a Associação Brasileira de Pesquisadores de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas (Abrapcorp).

Organicom is a six-monthly publication produced by the Communication Sciences Postgraduate Program (I PPGCom) of the School of Communication and Arts of the University of São Paulo (ECA-USP), by means of the Lato Sensu Postgraduate Course in Strategic Management of Organizational Communication and Public Relations (Gestcorp), together with the Brazilian Association of Organizational Communication and Public Relations Researches (Abrapcorp).

Organicom es una publicación semestral producida por el Programa de Pos-graduación en Ciencias de la Comunicación (PPGCom) de la Escuela de Comunicaciones y Artes de la Universidad de São Paulo (ECA-USP), por medio del Curso de Pos-Graduación Lato Sensu de Gestión Estratégica en Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas (Gestcorp), en conjunto con la Asociación Brasileira de Investigadores de Comunicación Organizacional y de Relaciones Públicas (Abrapcorp).

MISSÃO

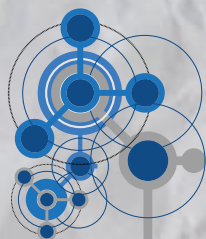
Organicom tem como missão reunir os grandes temas contemporâneos de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas estudados na universidade e, ao mesmo tempo, tornar-se um instrumento interativo com o mercado e a sociedade, democratizando os novos conhecimentos gerados e contribuindo para o debate técnico-científico de temas dessas áreas.

MISSION

Organicom has as its mission to bring together the major contemporaneous themes of Organizational Communication and of Public Relations studied in the university and, at the same time, become an instrument that is interactive with the market and the society, democratizing the new knowledge generated and contributing to the technical-scientific debate of themes in these areas.

MISIÓN

Organicom tiene como misión reunir los grandes temas contemporáneos de la Comunicación Organizacional y de Relaciones Públicas estudiados en la universidad y, al mismo tiempo, tornarse un instrumento interactivo con el mercado y la sociedad, democratizando los nuevos conocimientos concebidos y contribuyendo para el debate técnico-científico de temas de esas áreas



SEER-IBICT

Organicom utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (Seer), traduzido e customizado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict). Os textos são recebidos em fluxo contínuo e/ou, por convocação, dos pesquisadores brasileiros e de outros países para os dossiês de cada edição.

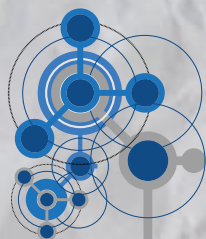
Organicom makes use of the System of Electronic Editing of Magazines (Seer), translated and customized by the Brazilian Institute of Information in Science and Technology (Ibict). The texts are received in a continual flow and/or, upon request, from Brazilian researchers and any of other countries for the dossiers of each edition.

Organicom utiliza el Sistema Electrónico de Edición de Revistas (Seer), traducido y customizado por el Instituto Brasileiro de Información en Ciencia y Tecnología (Ibict). Los textos son recibidos en flujo continuo y/o, por convocación, de los investigadores brasileiros y de otros países para los dossiers de cada edición.

INDEXAÇÃO

Organicom é indexada em/*Organicom is indexed in/Organicom es indexada en:*

- Latindex – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal – <<http://www.latindex.unam.mx>>. Acesso em/*Access in/ Acceso en:* <<http://www.latindex.unam.mx/buscador/resTit.html?opcion=3&letra=O>>.
- Reviscom – Rede Confibercom de Revistas de Comunicação, da Confederação Ibero-Americana das Associações Científicas e Acadêmicas de Comunicação (Confibercom) – <<http://redrevistascomunicacion.wordpress.com/>>. Acesso em/*Access in/ Acceso en:* <<http://www.revistaorganicom.org.br/sistema/>>.
- Revcom – Coleção Eletrônica de Revistas de Ciências da Comunicação-Portcom/Intercom: <<http://revcom.portcom.intercom.org.br/index.php/rbcc>>.
- Qualis-Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior: <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/>>. Acesso em/*Access in/ Acceso en:* <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaListaCompletaPeriodicos.faces>>. Nível B2 em Ciências Sociais Aplicadas.



CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO
SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD
CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO

PRESIDENTE/PRESIDENT/PRESIDENTE

Margarida Maria Krohling Kunsch (Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil)

MEMBROS EFETIVOS/EFFECTIVE MEMBERS/MIEMBROS EFECTIVOS

Abraham Nosnik Ostowiak (Universidad Anáhuac – México)

Antonio Castillo Esparcia (Universidad de Málaga – Espanha)

Carlos Alberto Messeder Pereira (Escola Superior de Propaganda e Marketing – Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

Cláudia Peixoto de Moura (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil)

Cláudio Cardoso (Universidade Federal da Bahia – Salvador, BA, Brasil)

Cleusa Maria Andrade Scroferneker (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil)

Elizabeth Saad Corrêa (Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil)

Federico Varona Madrid (San José State University – USA)

Francisco Gaudêncio Torquato do Rego (Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil)

George Cheney (The University of Utah – USA)

Heliodoro Teixeira Bastos (Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil)

Heloiza Helena Gomes de Matos (Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil)

Ivone de Lourdes Oliveira (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG, Brasil)

James E. Grunig (University of Maryland – USA)

Joan Costa Solà-Segalés (Ciac International – Espanha)

João José de Azevedo Curvello (Universidade Católica de Brasília – Brasília, DF, Brasil)

Jorge A. Menna Duarte (Universidade Católica de Brasília – Brasília, DF, Brasil)

Juan Carlos Molleda (University of Florida – USA)

María Antonieta Rebeil Corella (Universidad Anáhuac – México)

Maria Aparecida Ferrari (Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil)

Maria Gabriela Gama (Universidade do Minho – Portugal)

Marlene Regina Marchiori (Universidade Estadual de Londrina – Londrina, PR, Brasil)

Mauro Wilton de Souza (Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil)

Mitsuru Higuchi Yanaze (Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil)

Octavio Islas (Tecnológico de Monterrey – México)

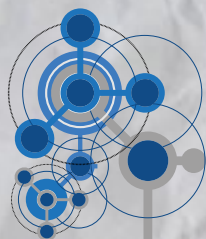
Pablo Antonio Múnera Uribe (Colegiatura Colombiana – Colômbia)

Paulo Roberto Nassar de Oliveira (Associação Brasileira de Comunicação Empresarial – São Paulo, SP, Brasil)

Ricardo Ferreira de Freitas (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

Rudimar Baldissera (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil)

Wilson da Costa Bueno (Universidade Metodista de São Paulo – São Bernardo do Campo, SP, Brasil)



Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo

Organicom : revista brasileira de comunicação organizacional e relações públicas / Departamento de Relações públicas, Propaganda e Turismo, Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo. – v. 1, n. 1 (2004). – São Paulo : ECA-USP/PPGCom/Gestcorp, Abracorp, 2004.

Semestral
ISSN 2238-2593

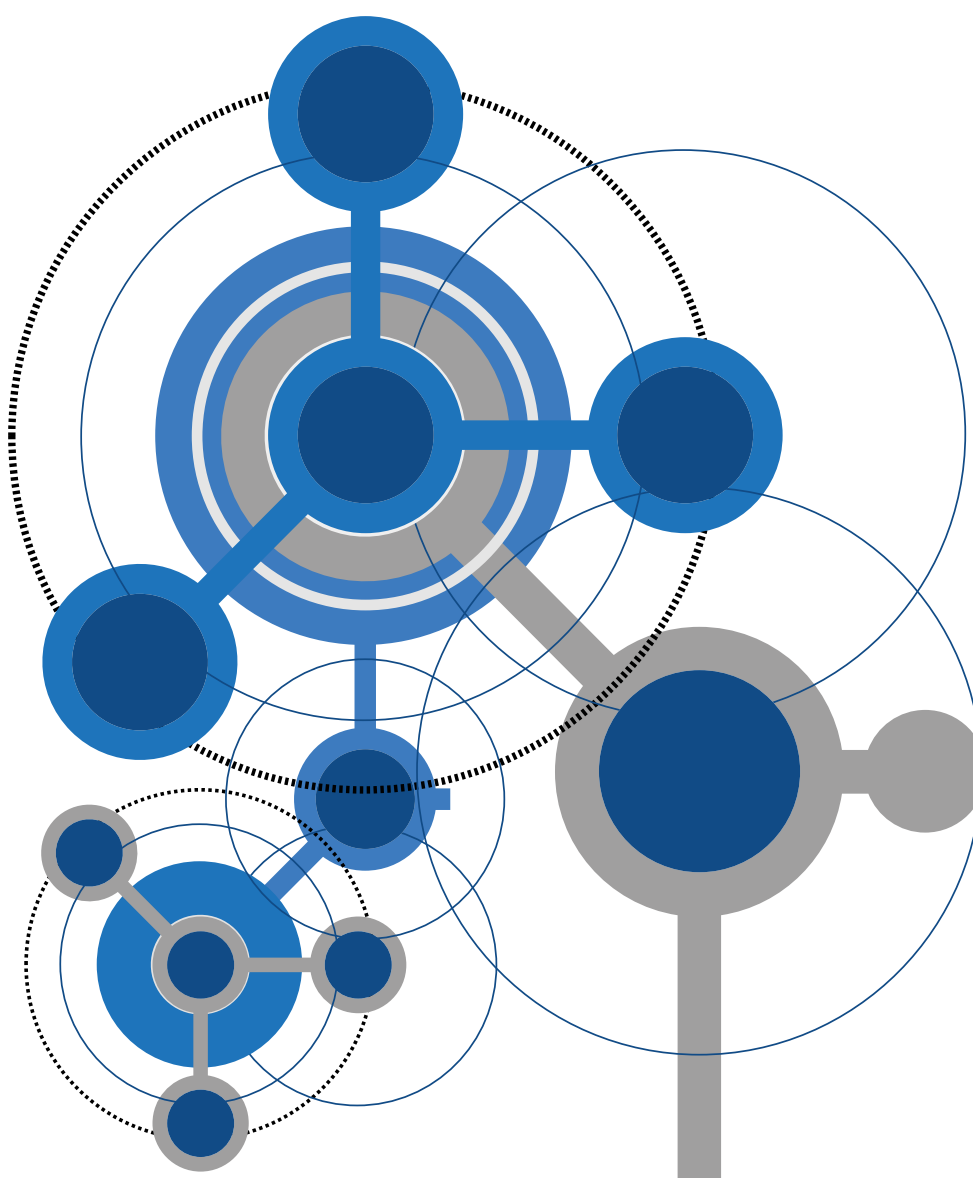
1. Comunicação organizacional 2. Relações públicas I. Universidade de São Paulo. Escola de Comunicações e Artes. Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo. Curso de Pós-graduação de Gestão Estratégica em Comunicação Organizacional e de Relações Públicas II. Associação Brasileira de Pesquisadores de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas.

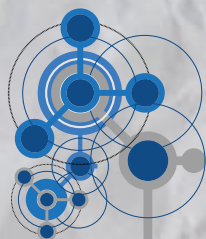
CDD 21.ed. – 658.45

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA

Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues, 443 - Bloco 22 - Sala 30
Cidade Universitária - 05508-020 São Paulo - SP - Brasil
www.revistaorganicom.org.br
organicom@revistaorganicom.org.br
(+55 11) 3091 2949

COMUNICAÇÃO E SAÚDE





INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP

REITOR
João Grandino Rodas

VICE-REITOR
Hélio Nogueira da Cruz

ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES - ECA

DIRETOR
Mauro Wilton de Souza

VICE-DIRETORA
Maria Dora Mourão

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Rogério Luiz Moraes Costa

DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES PÚBLICAS, PROPAGANDA E TURISMO

CHEFE DE DEPARTAMENTO
Margarida Maria Krohling Kunsch

SUPLENTE
Mário Jorge Pires

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO - PPGCOM

COORDENADORA
Maria Immacolata Vassallo de Lopes

ÁREA
Interfaces Sociais da Comunicação

LINHA DE PESQUISA
Políticas e Estratégias de Comunicação



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES DE COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E DE RELAÇÕES PÚBLICAS - ABRAPCORP

DIRETORIA – 2012-2014

PRESIDENTE
Claudia Peixoto de Moura
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

VICE-PRESIDENTE
João José de Azevedo Curvello
Universidade Católica de Brasília

DIRETORA CIENTÍFICA
Ana Lúcia Romero Novelli
Senado Federal

DIRETORA ADMINISTRATIVA
Ana Lúcia de Alcantara Oshiro
Universidade Anhembi-Morumbi

DIRETORA EDITORIAL
Maria Aparecida Ferrari
Universidade de São Paulo

DIRETOR DE RELAÇÕES PÚBLICAS
Esnel José Fagundes
Universidade Federal do Maranhão

CONSELHO FISCAL

Sidinéia Gomes de Freitas
Universidade de São Paulo

Sonia Aparecida Cabestré
Universidade do Sagrado Coração

Zilda Aparecida Freitas de Andrade
Universidade Estadual de Londrina

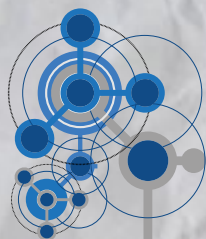
CONSELHO CONSULTIVO

Margarida Maria Krohling Kunsch
Universidade de São Paulo

Ivone de Lourdes Oliveira
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Eugênia Mariano da Rocha Barichello
Universidade Federal de Santa Maria

Ricardo Ferreira de Freitas
Universidade do Estado do Rio de Janeiro



SUMÁRIO

EDITORIAL

Comunicando saúde

ESPAÇO ABERTO

Isaac Epstein

Comunicação da ciência: rumo a uma teoria de divulgação científica

DOSSIÊ

Mónica Petracci

Comunicación y salud: un campo diverso y pujante

Inesita Soares de Araújo

As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue

Arquimedes Pessoni

Comunicação para a saúde em ambientes colaborativos: o empoderamento do paciente

Maria Rosana Ferrari Nassar

Comunicação e saúde: interfaces e desafios

Denise Werneck Carvalho; Maria Teresa Marins Freire; Guilherme Vilar

Comunicação e saúde: humanização, significado e ação comunicativa

José Luiz Gomes Júnior; Leandro Leonardo Batista

Dilemas sociais em campanhas de saúde pública: efeitos do conteúdo na percepção do público

Raphael Silva S. Oliveira Carvalho; Boanerges Balbino Lopes Filho
Tabagismo em diálogo: olhares sobre o discurso do Ministério da Saúde

Valdir de Castro Oliveira; Daniela Savaget Barbosa Rezende

Comunicação e mediações em aids: um olhar sobre o silêncio e o silenciamento no universo feminino

Daniel de Oliveira Figueiredo; Estefânia Salmória Badia

HumanizaSUS: uma experiência de humanização e gestão da comunicação em organizações hospitalares

Marisa Romagnolli; Maria Teresa Miceli Kerbauy

A relação entre hospital e usuários na ótica da comunicação

Maria Aparecida da Silva Rodrigues

A importância da comunicação para a implementação da Política de Humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Angela Lovato Dellazzana

A saúde na perspectiva da comunicação institucional e mercadológica

Asdrúbal Borges Formiga Sobrinho

A publicidade saudável na comunicação pública

Sônia Regina Schena Bertol

Gravidez de adolescentes na mídia impressa

Simone Alves de Carvalho

Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira

Lílian Claret Mourão Bahia; Maria Ângela Mattos

Observatórios de mídia: discussão sobre os dispositivos sociais de crítica midiática no campo da saúde pública

Isaltina Maria de Azevedo Mello Gomes;

Luiz Marcelo Robalinho Ferraz

Saúde, governo e mídia: uma relação (por vezes) conflituosa

ENTREVISTA

Alexandre Padilha

Saúde, comunicação, humanização

David E. Uip

Comunicação médico-paciente

PESQUISA

Paulo Roberto de Souza; Marco Antonio Mendes Rocha;

José Espin Neto; Lenamairs Mendes Rocha

Propagandas de serviços médicos especializados na internet: aspectos bioéticos

Mônica Farias dos Santos

Saúde além da medicina: a invisibilidade do enfermeiro como fonte de informação para a imprensa

Felisbela Lopes; Teresa Ruão; Sandra Marinho;

Luciana Fernandes; Sofia Gomes

Transplantes em notícia: um jornalismo delineado em factos declinados por fontes oficiais

Djalma José Patrício

A percepção visual dos deficientes auditivos quanto às técnicas utilizadas em campanhas publicitárias

Eliana Martins Marcolino; Edgard Rebouças

A representação do tema drogas na mídia capixaba

Janet García González

Marketing social en salud para migrantes mexicanos en Estados Unidos y Mexico: diferencias y puntos de acuerdo

RESENHA

Carolina Frazon Terra

Entendendo as mídias sociais

[Estratégia em mídias sociais: como romper o paradoxo das redes sociais e tornar a concorrência irrelevante]

Adriana Amado

Comunicar en escenarios cambiantes

[Relaciones públicas: naturaleza, función y gestión en las organizaciones contemporáneas]

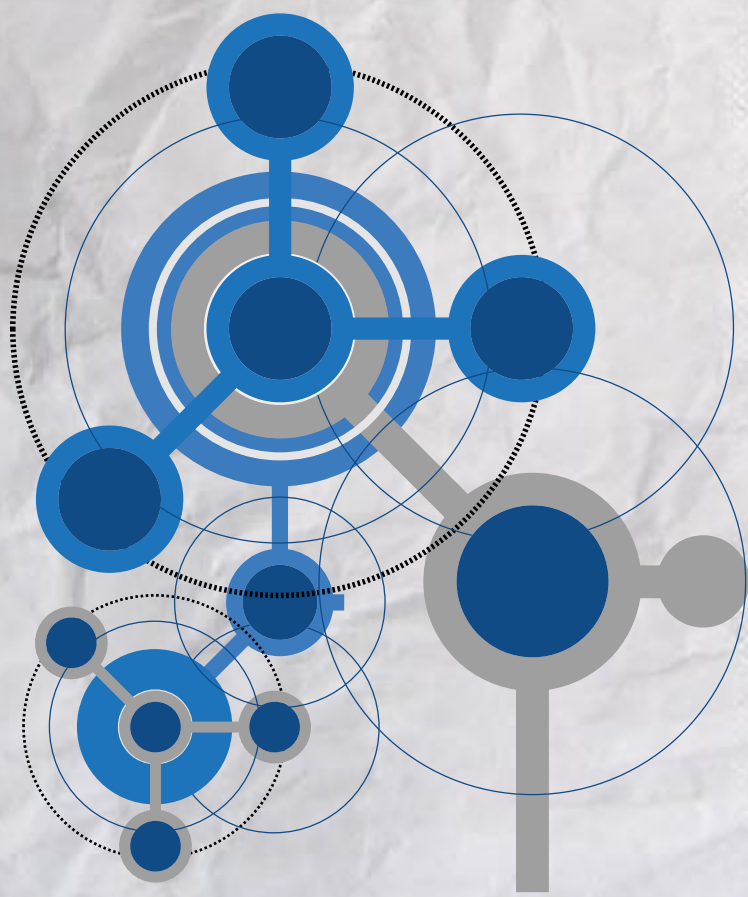
Lanina Lois

La salud como fenómeno social

[Comunicación y salud en Argentina]

NORMAS

EDITORIAL



Comunicando saúde

Na fase de convocação da comunidade acadêmico-científica e dos profissionais das áreas de comunicação e saúde para enviarem estudos e pesquisas sobre esses campos e suas interfaces, obtivemos um altíssimo retorno. Isto nos leva a concluir que são muitos os profissionais da comunicação que estão pesquisando e se dedicando às interfaces das duas áreas. Foram recebidos mais de sessenta *papers*, dos quais, segundo os critérios da revista, 23 foram aprovados por um comitê avaliador, de acordo com o sistema de *peer-review*. Diante disso, a comissão editorial e o comitê executivo de *Organicom* decidiram fazer uma edição especial sobre essa temática, integrando os números 16 e 17, relativos ao ano 2012. No total esta edição traz 27 textos, distribuídos pelas seções do dossiê, da entrevista, da pesquisa e das resenhas.

Dar e receber assistência médica de qualidade é um direito de todos. Com certeza todos os cidadãos brasileiros já repetiram essa frase muitas vezes. A saúde sempre fez parte do tripé que define o desenvolvimento de um país, juntamente com a educação e o trabalho. Porém, em um país com dimensões continentais como é o caso do Brasil, a área da saúde não consegue chegar com excelência a todos os rincões do território nacional. Usado politicamente como estratégia de campanha, a saúde acaba sendo ré e algoz dos que dela dependem.

A saúde deve ser entendida como um conceito positivo, um recurso cotidiano que implica um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade conforme preconizou a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993. Neste caso, o Estado tem a obrigação de promover a saúde, possibilitando a todos os cidadãos terem acesso aos recursos necessários, seja hospitalar ou de atendimento médico, sempre tendo em vista a promoção da saúde como um processo educativo.

A medicina, por sua vez, não é apenas uma ciência, mas também uma arte, conforme texto de Dr. Antonio Carlos Lopes, diretor da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, publicado no jornal *O Estado de S. Paulo*, em 17 de julho último. Pode ser entendida como uma modalidade de trabalho social instituída como profissão e também é legitimada como uma instituição social a serviço da humanidade.

Referência na América Latina e – por que não dizer? – no mundo, a medicina praticada no Brasil é reconhecida pela alta especialização de seus médicos, assim como pela excelente infraestrutura de hospitais em algumas regiões do país. De acordo com o Institute for Scientific Information (ISI), entre as áreas do conhecimento com maior produção científica no Brasil, a medicina responde por aproximadamente 25% das publicações brasileiras, indexadas no ISI nas últimas duas décadas. Esses resultados, se comparados aos serviços de saúde oferecidos à população, nos levam a inferir que existe um desequilíbrio entre a qualidade dos profissionais, principalmente dos médicos, e o serviço oferecido aos cidadãos em geral.

Em 2012 foram contabilizados pelo Ministério da Educação (MEC) 188 cursos de medicina cadastrados. Até a década de 1950 havia 27 escolas médicas no país e, na década de 1990, já eram 103. Em 2008 eram 175 os cursos, dos quais 104 privados e 71 públicos. Se compararmos com o cenário internacional, verificamos que na China existem 150 cursos de medicina para uma população de mais de 1,3 bilhão de habitantes, enquanto que os Estados Unidos, que têm mais de 300 milhões de pessoas, contam com 131 faculdades de medicina. Se analisarmos o número de escolas de medicina por habitantes, concluiremos que, teoricamente, o Brasil deveria ser um país com alto índice de excelência do sistema de saúde e com uma população totalmente atendida, uma vez que a proporção de número de escolas de medicina *versus* população é menor que nos países mencionados, China e Estados Unidos.



Diante disso, várias perguntas desafiam nosso entendimento. O que acontece com o sistema de saúde no Brasil? Ao contamos com mais escolas de medicina que na China, por que ainda passamos por graves problemas na área da saúde? E, para completar o quadro, entra em questão, nesse contexto, a comunicação como um campo de conhecimento que está presente em todas as interações das pessoas e que confere a possibilidade de dar significado às situações. O processo de comunicação se dá à medida que as pessoas constroem, compartilham, discutem e trocam significados, tornando-se capazes de elaborar uma narrativa, fruto de suas relações, que reforçam seu território de credibilidade e, portanto, redefinem seu espaço de competências e metas, conforme escrevemos em nosso livro *Relações públicas: teoria, contexto e relacionamentos* (2011).

...

Há aproximadamente duas décadas se iniciou um diálogo acadêmico no Brasil para estudar a saúde e a comunicação como duas áreas extremamente vinculadas e intrínsecas em seu pensar e fazer. Segundo José Marques de Mello e outros, na obra *Mídia e saúde* (2001), naquela época evidências robusteciam a hipótese de quanto melhor e mais intensa era a comunicação coletiva sobre as questões da saúde pública, menor seria o dispêndio estatal com a rede hospitalar e outros recursos de natureza curativa.

A Universidade Metodista de São Paulo (Umesp) adotou, em seu Programa de Pós-Graduação, a linha de pesquisa Comunicação e Saúde, que teve como primeiro coordenador o Prof. Dr. Isaac Epstein. Esse renomado pesquisador já havia incursionado nesse segmento temático quando foi diretor científico da Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação (Intercom), de 1985 a 1987. Na época coordenou um colóquio com médicos e jornalistas para discutir as implicações contemporâneas da medicina.

Posteriormente, em 1998, concomitantemente com a instalação da Cátedra Unesco-Umesp de Comunicação para o Desenvolvimento Regional, se criaria, sob a coordenação de Epstein, a Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde (ComSaúde). Essa entidade assumiu a variável saúde como requisito para transformar a comunicação de massa em alavanca essencial do desenvolvimento das regiões incrustadas no território nacional, como mostra a obra citada de Marques de Melo. E, a partir daí, a cátedra passou a promover conferências e publicações anuais de comunicação e saúde. De lá para cá os estudos dessas áreas tiveram um grande avanço, o que contribuiu sobremaneira para incrementar e consolidar o diálogo entre comunicadores e especialistas.

Nosso destaque inicial é exatamente para o artigo, reproduzido na seção “Espaço aberto”, de Isaac Epstein, iniciador do diálogo acadêmico sobre a comunicação e saúde. Em sua reflexão,



o professor examina a problemática da comunicação pública da ciência. Seu texto é um avanço para as novas gerações de cientistas e jornalistas com o objetivo de desenvolver uma sensibilidade para compreender os novos rumos entre a comunicação e a saúde.

...

Voltando à relação entre qualidade da saúde e população brasileira, vemos que em muitas ocasiões o relacionamento humanizado e baseado na comunicação transparente deixa a desejar. Isto em razão do grande número de pessoas que procuram a rede pública de saúde, do reduzido número de ambulatorios e hospitais nas diferentes regiões do país e dos baixos salários pagos a médicos e outros especialistas. Enfim, há uma imensa lista de justificativas que demonstram que a atenção médico-paciente precisa ser melhorada. Deixando as justificativas de lado, a humanização da saúde e o relacionamento médico-paciente devem ser encarados como uma filosofia que permeie todo o tipo de atendimento, seja na rede pública ou na privada.

Assim, um ponto relevante que exploramos no dossiê sobre comunicação e saúde, na presente edição de *Organicom*, é a relação médico-paciente, vista como uma interação que envolve confiança e responsabilidade entre as partes. Esse relacionamento geralmente ocorre no momento em que as duas pessoas estão em desigualdade de condições: de um lado o médico como um especialista que deve interagir de forma equilibrada e interativa; do outro, o paciente tenso, nervoso e inseguro quanto ao diagnóstico que irá receber.

Mas, antes de entrarmos no mérito do dossiê sobre comunicação e saúde, queremos ressaltar a entrevista que, a propósito disso, nos foi concedida pelo ministro da Saúde do Brasil, Dr. Alexandre Padilha. Ele nos esclareceu como funciona o Sistema Único de Saúde e como as campanhas e outras iniciativas da área têm sido gerenciadas por ele e sua equipe. Em suas respostas às nossas perguntas, ficou claro que, na relação médico-paciente a comunicação, o acolhimento, a humanização são elementos vitais para o êxito de qualquer tratamento de saúde. A qualificação técnica e profissional do Dr. Alexandre Padilha, evidenciada em seus comentários, o credenciam plenamente como gestor de um dos mais importantes ministérios do governo, representado pela pasta da Saúde.

Para explicar como a comunicação tem sido incorporada no dia a dia de seu trabalho, tivemos a satisfação adicional de obter uma entrevista também com o Prof. Dr. David E. Uip, referência na área de infectologia no Brasil. Entre suas funções como diretor técnico do Hospital Emilio Ribas, professor universitário e médico de personalidades de vários setores da sociedade, ele nos mostrou como conseguiu angariar credibilidade nos meios de comunicação e em outros setores da sociedade. Sua opinião é respeitada e aceita, o que faz dele um comunicador por natureza, como podemos observar em sua entrevista.



Com certeza os leitores receberão uma verdadeira aula dos dois entrevistados, sobre como os médicos e demais especialistas estão trabalhando para humanizar a relação médico-paciente. Também são importantes os depoimentos de ambos sobre o uso das mídias sociais para aumentar a transparência e a ética na prática da medicina.

...

O dossiê propriamente dito conta com dezessete artigos sobre as mais variadas temáticas da área de comunicação e saúde

Reflexões sobre a comunicação e a saúde foram exploradas por Mónica Petracci, da Argentina, e Maria Rosana Ferrari Nassar da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puccamp). As autoras tratam a questão da comunicação como campo de conhecimento e como prática cotidiana de relacionamento na interface com a saúde. Por um lado, Mónica explora o contexto da saúde no país vizinho enquanto Maria Rosana apresenta os frutos de seu trabalho de mais de vinte anos de atuação na área.

Outro tema discutido é a comunicação sobre a prevenção da dengue, articulado por Inesita Soares de Araújo, coordenadora do GT Comunicación y Salud da Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (Alaic). Ainda na linha das campanhas, José Luiz Gomes Júnior e Leandro Leonardo Batista discutem resultados obtidos com a realização de experimento cujo objetivo esteve em avaliar efeitos imediatos associados ao conteúdo de peças selecionadas. Eles analisam os efeitos do conteúdo na percepção do público das campanhas de saúde pública.

Arquimedes Pessoni aborda a questão da comunicação para a saúde em ambientes colaborativos, defendendo o empoderamento dos pacientes na discussão sobre doenças por meio do uso das redes sociais. O texto discute o empoderamento por parte do paciente no novo ambiente comunicacional 2.0 que impacta as relações com os profissionais de saúde, os quais passam a ter menos controle sobre as ações dos pacientes.

O tema comunicação, saúde e humanização é desenvolvido ao longo de quatro artigos. Denise Werneck Carvalho, Guilherme Vilar e Maria Teresa Marins Freire tratam de analisar o binômio comunicação-saúde sob a perspectiva do agir comunicativo de Jürgen Habermas. Em um país com cerca de 191 milhões de habitantes, a comunicação deve subsidiar as políticas públicas de promoção da saúde, para tornar democráticas as práticas gerenciais e sanitárias.

Nessa mesma linha Marisa Romagnoli e Maria Teresa Miceli Kerbauy avaliam a influência da cultura e dos vínculos organizacionais na percepção do processo comunicativo entre um hospital universitário público e seus usuários, bem como as estratégias utilizadas para superar dificuldades nesse diálogo. Elas mostram ainda como o diálogo é percebido num cenário marcado por



elementos afetivos como idealização da organização, identificação com ela como membro ativo e solidariedade.

A comunicação na implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo é o artigo que Maria Aparecida Silva Rodrigues apresenta, como resultado de sua monografia de especialização. Completando essa temática, Daniel de Figueiredo e Estefânia Salmoria exploram o conceito de humanização e as implicações que esta produz tanto na relação funcionário-paciente, quanto na relação funcionário-funcionário. Eles demonstram a relação intrínseca que há entre a humanização e a comunicação, utilizando como embasamento o exemplo do HumanizaSUS, programa integrante do sistema de saúde do Brasil.

Temas atuais que se acham em bastante evidente entre nós aparecem em três trabalhos: o tabagismo, a aids e a gravidez na adolescência. Raphael Silva S. Oliveira Carvalho Boanerges Balbino Lopes discutem o tabagismo, traçando um diálogo com o discurso do Ministério da Saúde. Daniela Savaget Barbosa Resende e Valdir de Castro Oliveira refletem sobre comunicação e mediações em aids, lançando um olhar sobre o silêncio e o silenciamento no universo feminino dessa epidemia. Sônia Schena Bertol discorre sobre como a gravidez na adolescência tem sido tratada pela mídia impressa.

A mídia, a publicidade e a comunicação organizacional foram temas abordados por cinco artigos, mostrando que a comunicação tem um espaço garantido na área da saúde. Angela Lovato Dellazzana trata de um levantamento bibliográfico das pesquisas publicadas em 2011 com o tema comunicação e saúde, nos portais da Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação (Intercom) e da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação (Compós). Asdrúbal Borges Fromiga Sobrinho avalia a relevância de uma publicidade saudável na comunicação pública brasileira, enquanto Simone Alves Carvalho aborda os desafios da comunicação interpessoal nesse mesmo campo. As jornalistas Lilian Mourão Bahia Maria Ângela Mattos discutem o papel dos observatórios de mídia em geral e da saúde em particular, para a melhoria do tratamento jornalístico de matérias sobre a temática. Por fim, Isaltina Gomes e Luiz Marcelo Robalinho analisam os conflitos na relação por vezes conflituosa entre mídia e governo na divulgação de doenças.

...

A seção de pesquisa, que nesta edição pode ser vista como uma segunda parte do dossiê, apresenta seis investigações produzidas no Brasil, em Portugal e no México. Os autores mostram a riqueza da abordagem de assuntos relevantes para a comunicação da saúde, assim como o tratamento dado por eles pela mídia.

Do Brasil, Paulo Roberto de Souza e Marco Antônio Mendes Rocha, da Pontifícia Universidade



Católica de Campinas (Puccamp), analisam os aspectos bioéticos inerentes às propagandas de serviços médicos especializados na internet. Os autores fizeram um levantamento no Google de propagandas de serviços médicos especializados do Estado de São Paulo, de outubro de 2008 a julho de 2009. Para eles, a propaganda médica é um tema controverso em todo o mundo. O médico tem legítimo direito de propagar suas atividades profissionais, mas deve conservar-se dentro dos limites éticos.

Mônica Farias dos Santos, pesquisando a saúde para além da medicina, mostra como e por que os enfermeiros paulistas e seu órgão representativo, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), são invisíveis como fontes para imprensa especializada do estado.

Djalma José Patrício aborda a percepção visual dos deficientes auditivos quanto às técnicas utilizadas em campanhas publicitárias. Os resultados da pesquisa indicam que os deficientes auditivos são consumidores que necessitam de estímulos adequados e de reforço positivo para facilitar a comunicação entre si e com os “ouvintes”, mas também para prover estímulos que despertem o comportamento de compra.

E, ainda analisando a mídia, Eliana Martins Marcolino e José Edgard Rebouças realizaram uma análise de conteúdo da cobertura do tema drogas em dois jornais da cidade de Vitória (ES), *A Gazeta* e *A Tribuna*. As matérias selecionadas compreendem o período de 1º a 31 de julho de 2010. Duas questões básicas constituem o problema de pesquisa: como os jornais capixabas abordam o tema; e como o divulgam envolvendo crianças e adolescentes.

De Portugal contamos com a pesquisa de Felisbela Lopes, Sandra Marinho, Teresa Ruão, Luciana Fernandes e Sofia Gomes sobre transplantes, com base em fatos declinados por fontes oficiais. O trabalho, que faz parte de uma investigação mais ampla iniciada em 2008, já tinha reunido, até o final de 2011, uma amostra de 6.305 artigos noticiosos sobre saúde publicados na imprensa generalista portuguesa. E, do México, Janet García apresenta sua pesquisa sobre diferenças e pontos de acordo no marketing social na saúde de imigrantes mexicanos nos Estados Unidos e no México.

...

Encerram esta edição de *Organicom* três resenhas de obras recentes que enriquecem a área da comunicação. Carolina Terra comenta *Estratégia em mídias sociais: como romper o paradoxo das redes sociais e tornar a concorrência irrelevante*, de Fábio Cipriani. Destaque para a análise de cases de empresas reais realizada pelo autor. O livro destina-se a estudantes e profissionais de comunicação que desejam entender o cenário da comunicação digital e conhecer um pouco do ferramental disponível para aplicação prática das mídias sociais.

Adriana Amado, professora da Universidad de La Matanza, de Buenos Aires, apresenta o livro

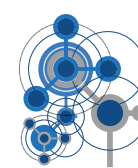


Relaciones públicas: naturaleza, función y gestión en las organizaciones contemporáneas, de Maria Aparecida Ferrari e Fábio França. A resenhista ressalta a contemporaneidade da obra no idioma castelhano, uma vez que ela traz as mais recentes teorias de relações públicas desenvolvidas nos últimos anos, além de contextualizar a atividade na América Latina.

Por fim, ampliando ainda mais o conteúdo essencial que perpassa toda esta edição da revista, a resenha que Ianina Lois faz de *Comunicación y salud en Argentina*, organizada por Mónica Petracci e Silvio Waisbord. Tratando da saúde como fenômeno social, a obra discute o complexo vínculo entre saúde e comunicação a partir de conceitos, experiências empíricas e diferentes perspectivas e abordagens.

Finalizando, só nos resta agradecer sinceramente a todos os pesquisadores e acadêmicos das áreas da saúde e da comunicação que atenderam prontamente ao nosso convite com seus artigos e suas pesquisas. Tudo isso reforça o sentimento, praticamente já generalizado, de que a interface entre saúde e comunicação é intrínseca ao nosso ser e fazer. Cabe a todos nós, pesquisadores, profissionais, estudantes e leitores, assim com aos membros da comissão editorial e do comitê executivo da revista, cuidar de forma planejada da continuidade e da consolidação desse diálogo entre as duas áreas.

Maria Aparecida Ferrari
Coordenadora do dossiê





ESPAÇO ABERTO



Comunicação da ciência: rumo a uma teoria da divulgação científica

Science communication:
towards a theory of scientific disclosure

Comunicación de la ciencia:
rumbo a una teoría de la divulgación científica

Isaac Epstein

- Doutor em Ciências da Comunicação (1991) pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- Mestre em Filosofia (1983) pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP)
- Graduado em Engenharia Civil pela Universidade de São Paulo (1950)
- Consultor ad hoc do Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e parecerista sobre concessão de bolsas da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp)
- Professor visitante da Universidade de Salamanca, Espanha
- Docente do PósCom - Umesp (1987-2009), com ênfase em teorias da comunicação de massa, comunicação da saúde e divulgação científica
- E-mail: isaacepstein@uol.com.br



Resumo

Propõe-se uma perspectiva e um quadro de referência para se examinar e compreender a problemática da comunicação pública da ciência. São sugeridas algumas dimensões disciplinares para assinalar as diferenças entre o discurso interpares (comunicação primária) da ciência e o discurso da comunicação pública da ciência (comunicação secundária). A partir dessas dimensões formula-se uma matriz multidisciplinar que mostra como algumas questões e obstáculos à comunicação pública da ciência podem emergir e ser interpretados mais como divergências estruturais necessárias entre esses dois discursos, vistos agora como diferentes “estilos profissionais”, em vez de, apenas, “disfunções”, pressões conjunturais ou diferenças pontuais entre cientistas e divulgadores. Essa interpretação certamente melhorará a compreensão mútua entre cientistas e jornalistas.

PALAVRAS CHAVE: DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA • COMUNICAÇÃO PRIMÁRIA • COMUNICAÇÃO SECUNDÁRIA • MATRIZ MULTIDISCIPLINAR

Abstract

This text is a proposal of a perspective and of a reference table for examination and comprehension of the problem of public science communication. Certain disciplinary dimensions are suggested to point out the differences between the inter-peers discussion (primary communication) of science and the public discussion of public science communication (secondary communication). Using these dimensions one develops a multidisciplinary matrix that shows how some issues and obstacles for public communication science can emerge and be construed more as necessary structural divergences between these two discussions, now seen as different “professional styles”, instead of only “dysfunctions”, circumstantial pressures or pointed differences between scientists and disclosure agents. This construal will certainly improve the mutual understanding between scientists and journalists.

KEYWORDS: SCIENTIFIC DISCLOSURE • PRIMARY COMMUNICATION • SECONDARY COMMUNICATION • MULTIDISCIPLINARY MATRIX

Resumen

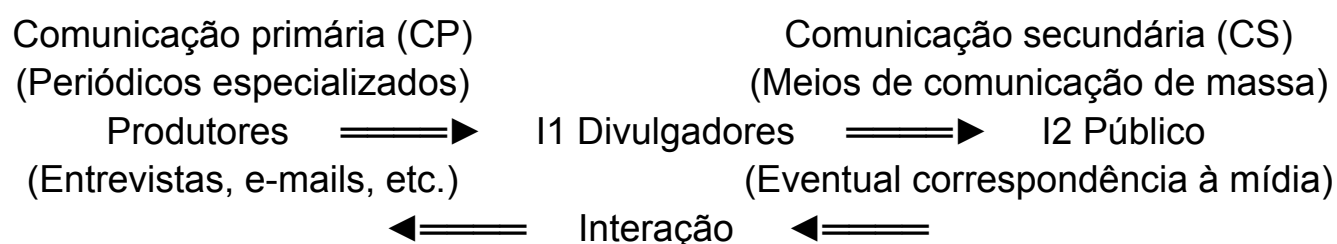
Se propone una perspectiva y un cuadro de referencia para que se examine y comprenda la problemática de la comunicación pública de la ciencia. Son sugeridas algunas dimensiones disciplinares para señalar las diferencias entre el discurso interpares (comunicación primaria) de la ciencia y el discurso de la comunicación pública de la ciencia (comunicación secundaria). A partir de esas dimensiones se formula una matriz multidisciplinar que muestra cómo algunas cuestiones y obstáculos a la comunicación pública de la ciencia pueden emerger y ser interpretadas más como divergencias estructurales necesarias entre esos dos discursos, vistos ahora como diferentes “estilos profesionales”, en lugar de, apenas, “disfunciones”, presiones coyunturales o diferencias puntuales entre científicos y divulgadores. Esa interpretación ciertamente mejorará la comprensión mutua entre científicos y periodistas.

PALABRAS CLAVE: DIVULGACIÓN CIENTÍFICA • COMUNICACIÓN PRIMARIA • COMUNICACIÓN SECUNDARIA • MATRIZ MULTIDISCIPLINAR

A comunicação da ciência se subdivide em dois discursos distintos que convergem em alguns aspectos e divergem em outros: a comunicação interpares, também chamada de comunicação primária (CP) e a comunicação pública ou divulgação científica também conhecida por comunicação secundária (CS).

Todavia, o fluxo da comunicação entre CP e CS não é simétrico, pois, enquanto a CP é fonte indispensável à operação da CS, a CS não informa necessariamente a CP. O discurso interpares dos cientistas é *stricto sensu* autômomo¹. Em seu contexto interno a produção do conhecimento científico, suas teorias e os experimentos decorrentes, suas confirmações ou falsificações expressas na CP, sua aceitação ou rejeição pela comunidade de cientistas, é o que se costuma chamar de contexto da justificação. A autonomia deste contexto é todavia, assumida pela epistemologia hegemônica pré-kuhniana, ainda muito influente entre os cientistas. Atualmente, muitas críticas têm sido dirigidas a essa posição, principalmente no âmbito do chamado “construtivismo social”².

A CP (interpares) e a CS (pública) são expressas em dois discursos que podem: dispor de periódicos especializados (CP) ou serem inseridos na mídia massiva – jornais, livros de divulgação científica, rádio, internet, museus de ciência etc. (CS). Em realidade, as publicações formam um contínuo³, das mais “puras”, destinadas apenas a especialistas, às híbridas, contendo espaços destinados à CP e à CS, até as publicações massivas, destinadas a um público jejuno em ciência. O esquema a seguir designa os três atores paradigmáticos como: *produtores* (CP), *divulgadores* (CP > CS) e *público* (CS). I1 é a interface produtores x divulgadores e I2, a interface divulgadores x público:



O trânsito da comunicação primária para a secundária configura um campo de estudos e práticas correlatas onde se desdobram, sob a circunscrição das ciências da comunicação, dimensões multidisciplinares que serão discriminadas na sequência deste trabalho.

¹ Em verdade, em alguns casos, a CS pode exercer alguma influência (contexto da descoberta) sobre a CP, uma vez que a opinião pública pode responder à CS, no sentido de ter uma atitude sobre a oportunidade de determinadas pesquisas, seu custo-benefício, visibilidade das fontes produtoras do conhecimento científico etc. De qualquer forma, essa assimetria na comunicação entre CP e CS é causa de uma ascendência e algum poder dos produtores sobre os divulgadores, uma vez que os segundos são funcionalmente dependentes dos primeiros.

² O construtivismo social afirma que o conhecimento científico também é o produto de vários fatores sociais e não o resultado de uma investigação objetiva na qual os procedimentos são independentes de nossos interesses sociais (Collins; Evans, 2002).

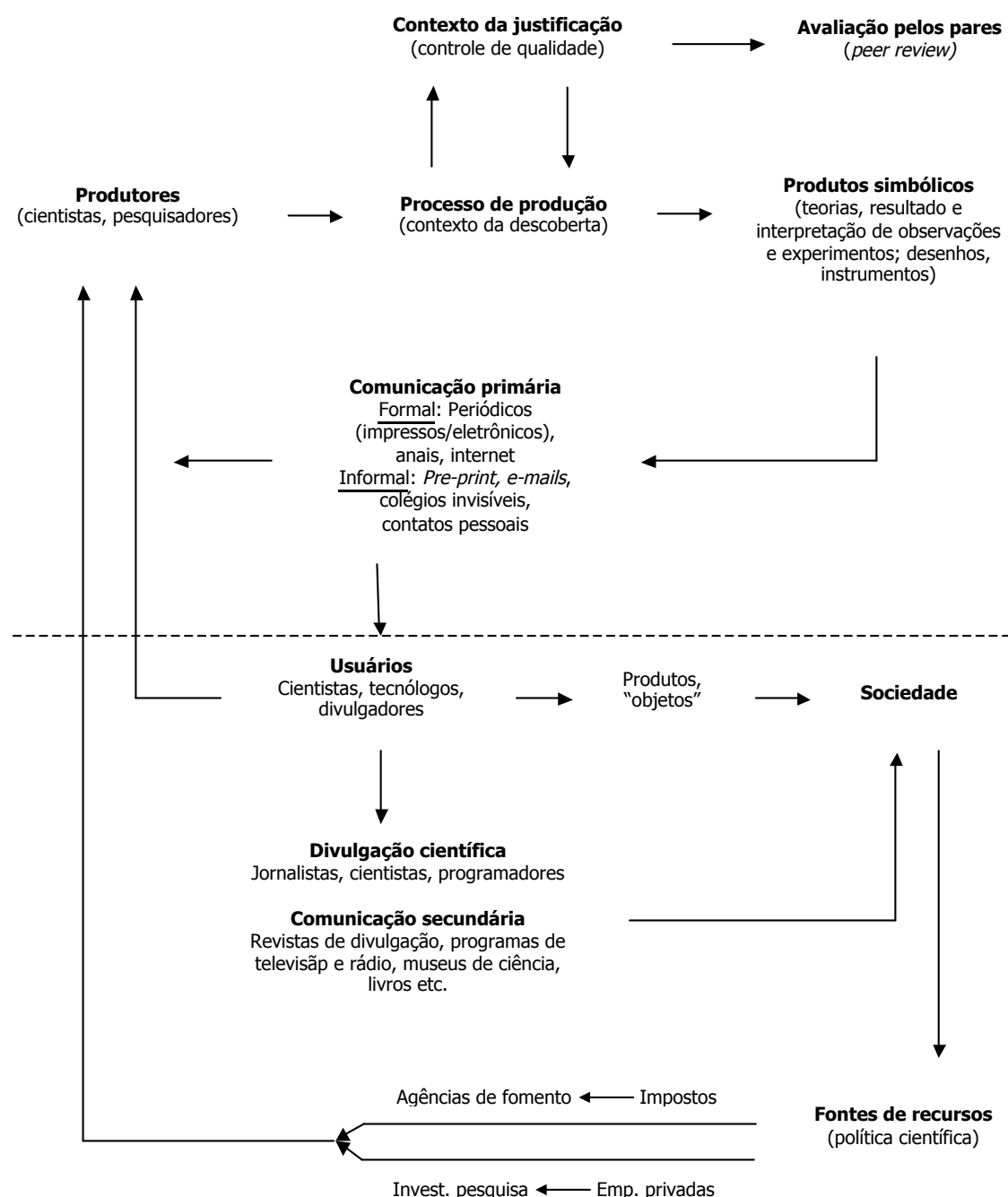
³ Os veículos de comunicação primária são as revistas de cada especialidade científica. Os de comunicação secundária são destinados ao grande público. Uma categoria intermediária se destina a um público que já possui alguma cultura científica ou universitária. Exemplos, entre nós, são as revistas Ciência Hoje e Scientific American do Brasil. Uma outra categoria, a que pertencem as revistas Science e Nature, publicam artigos de comunicação primária, destinados aos especialistas, mas incluem também matérias de interesse mais geral, como notícias ou editoriais sobre política científica, temas de sociologia da ciência, como desvios de conduta na ciência, atuação científica de grupos minoritários etc.

SISTEMA DA CIÊNCIA

A comunicação secundária (CS), isto é, a divulgação científica ou popularização do conhecimento científico, pode tanto ser feita pelo divulgador ou jornalista científico, mediador entre o cientista e o público, como pelo próprio cientista, que assume então o papel do divulgador.

Alguns autores, como John Brookman (1995), falam daqueles cientistas que, evitando o “terceiro homem”, (o jornalista científico) divulgam a ciência e expressam seus mais profundos pensamentos de modo acessível ao público leigo. A competência da atuação dos pensadores da “terceira cultura”, assim denominada por Brockman, como Richard Dawkins (1998) Carl Sagan (1995), Martin Gardner (1996) e outros, se deve não só à sua competência profissional, mas também à sua habilidade em escrever para um público já razoavelmente alfabetizado em ciência. Entre nós o físico Marcelo Gleiser (1997) e outros encarnam este papel com sucesso. O diagrama acima pertence a um sistema mais amplo que poderíamos chamar de “sistema da ciência” – CP>CS – e que de uma maneira gráfica poderia ser representado pelo quadro a seguir:

Quadro 1 – Sistema da ciência





MATRIZ MULTIDISCIPLINAR

Justificativa

É fato conhecido que o desenvolvimento socioeconômico de um país guarda uma correlação positiva com sua produção científica. Esta, por sua vez depende em grande parte dos recursos alocados para essa finalidade. Ora, o Brasil apresenta um produto interno bruto (PIB) per capita cerca quatro ou pouco mais vezes menor do que o dos países mais industrializados e temos alocado, historicamente, cerca de 1% desse produto à pesquisa científica⁴, enquanto que os referidos países, principalmente do “grupo dos 7”⁵ e alguns outros países do primeiro mundo alocam de 2% a 3% para essa finalidade.

Quanto aos princípios norteadores e gerenciadores da política científica do país, é possível admitir a influência negativa de algumas distorções nos ideários e na prática das políticas científicas adotadas. No que diz respeito aos fatores culturais, a ideia é que o incremento da alfabetização científica da população em geral possa, em alguma medida, incentivar a emergência de vocações para a pesquisa entre os estudantes, desde o primeiro até o terceiro grau. Quem sabe será possível compensar e suplementar, em alguma fração, o *hardware* dos recursos materiais pelo *software* do entusiasmo e da admiração pela ciência da população em geral, que se refletiria na emergência das referidas vocações e no apoio da população ao desenvolvimento da ciência?

Os pesquisadores científicos produzem, verificam e controlam sua própria produção e retificam ou ratificam a dos colegas. Os divulgadores procuram transmitir a ciência a um público leigo. Se por “público leigo” entendemos a totalidade da população menos os cientistas, esse público compreende toda a gama da alfabetização científica, desde os completamente jejunos e/ou avessos ao saber da ciência, os medianamente interessados, os alfabetizados cientificamente, até os próprios cientistas de especialidade diferente da divulgada.

Poucos duvidam, nos dias que correm, da necessidade de divulgar a ciência ao público. Essa necessidade vai desde a satisfação de uma curiosidade natural das pessoas em compreender a visão que a ciência apresenta do mundo, da complexidade do infinitamente pequeno, ao infinitamente grande, até a conotação política no sentido do desenvolvimento de sentimento e atitude cidadãos que é facilitado pela alfabetização científica⁶.

⁴ Nesta primeira aproximação não estamos diferenciando as subvenções públicas à ciência das provenientes das fontes privadas, ou a produção científica propriamente dita da produção tecnológica.

⁵ Constituído por Estados Unidos, Inglaterra, França, Alemanha, Japão, Canadá e Itália.

⁶ Assume-se, geralmente, que a alfabetização científica (scientific literacy) incorpora três componentes culturais: (1) uma noção geral sobre determinados conceitos e temas substantivos da ciência; (2) uma noção sobre a natureza da atividade científica; (3) consciência do papel da ciência na sociedade e na cultura.

Ora, nem o PIB ou mesmo a sua porcentagem alocada à ciência não podem ser alterados por uma vontade unilateral dos poderes executivo ou legislativo. O PIB representa o próprio desenvolvimento econômico do país, função de muitas contingências políticas nacionais e globais que não dependem apenas da ação dos governantes. A parcela do PIB alocada a ciência e tecnologia (C&T), aparentemente mais facilmente remanejada pelo governo, depende de um delicado equilíbrio com outras prioridades igualmente prementes.

Como alguns outros países emergentes, não temos suficiente pesquisa e produção científica, porque ainda não somos um país rico e ainda não o somos até mesmo porque não investimos suficientemente em ciência. Será possível romper, pelo menos em parte, esse impasse?

Uma questão é então, oportuna: será a produção científica uma função univocamente correlacionada aos recursos materiais a ela alocados? Não existirão outros fatores de ordem gerencial e administrativa e outros ainda, de ordem cultural, que poderão potencializar os relativamente poucos recursos destinados à pesquisa científica?

Sabemos que as paixões nacionais, tanto as artísticas, como o balé na Rússia, a música clássica na Alemanha, o teatro na Inglaterra, a ópera na Itália e a pintura na França, quanto as esportivas, como a tourada na Espanha a ginástica olímpica nos países do leste europeu ou o futebol no Brasil, contam como patrimônio cultural exemplar desses países. Se as competições esportivas olímpicas ou profissionais demandam investimentos importantes, não há dúvida de que a sinergia popular provocada por essas paixões suplementam de forma efetiva o trabalho para que se consiga o nível de excelência necessário para fazer uma boa figura no contexto das competições internacionais.

Quadro 2 – Paixões nacionais



Fonte: *Miami Herald*



O futebol impregna a alma da maioria da população brasileira de todas as camadas sociais. Desde a diversão dos garotos da várzea, até às inúmeras associações esportivas por este país afora, a sinergia ocasionada por essa paixão coletiva acalentaria, cedo ou tarde, a conquista do hexacampeonato mundial.

Não iremos tão longe no caso da ciência, onde, certamente, são necessários vultosos recursos materiais variáveis de setor a setor. Nem será tão fácil tentar despertar a vocação, a simpatia e o gosto pela carreira de pesquisador científico no jovem estudante.

Erradicar o analfabetismo científico (para o que a divulgação científica bem feita pode ser um fator importante) é uma das vias seguras para incentivar as vocações à carreira de pesquisador científico e também engajar a participação efetiva da população na problemática do desenvolvimento científico e tecnológico. Atualmente há uma necessidade crescente da participação do público num debate sobre os usos da ciência, sobre as opções tecnológicas mais adequadas para o desenvolvimento autossustentado, avaliação dos alimentos transgênicos, questões ligadas à medicina e à saúde, problemas ambientais e energéticos etc.

As grandes organizações produtoras do saber científico também têm necessidade de ascender a certa visibilidade, até mesmo para justificar os recursos públicos ou privados a elas destinados. Por outro lado, a ciência e a tecnologia contribuem de modo decisivo para a modernização dos processos de produção e, conseqüentemente, inserir o país num mercado global.

A divulgação científica envolve um grande número de fatores. Além de um conhecimento geral, não necessariamente especializado, o comunicador deve deter uma razoável alfabetização científica. (Jacobi; Schiele, 1988). Esse tipo de comunicação, em suas várias modalidades (mídia impressa, museus de ciência, livros didáticos, programas de rádio e televisão, internet etc.) enfrenta vários obstáculos de natureza tanto endógena como exógena (Roqueplo, 1977).

Dentre estes obstáculos se salienta a dificuldade do comunicador em “traduzir” para uma linguagem ordinária e acessível ao público leigo os conteúdos das pesquisas científicas, geralmente elaboradas e transcritas em códigos e linguagens específicos apenas acessíveis aos iniciados. Esse comunicador terá duas interfaces: uma com o conhecimento científico e outra com o público. Poderá sofrer críticas dos dois lados. Dos especialistas, que podem lhe atribuir pouca fidelidade e competência em sua tarefa, e, por outro, do público leigo, que pode achar sua comunicação pouco compreensível. Como se pode imaginar, o ponto ótimo para contornar esses obstáculos, nas duas interfaces, não é de fácil acesso e demanda preparo e dedicação por parte do comunicador.

Os cursos correlatos de divulgação e jornalismo científico se multiplicam na graduação, na extensão, no mestrado e no doutorado. Todavia, além de seus aspectos conjunturais, anedóticos e mesmo políticos, pouco se tem produzido sobre o aspecto teórico propriamente dito dessa



prática. Quais as origens multidisciplinares de uma possível teoria da divulgação científica? Sabemos que elas existem na linguística, nas teorias da tradução, na sociologia da ciência, na epistemologia, na semiótica, nas teorias da mídia massiva, na teoria da informação etc.

A divulgação científica representa um legítimo campo das ciências da comunicação que, para ser adequadamente estudado, demanda uma visão multidisciplinar. Nosso objetivo neste texto é propor uma perspectiva e uma matriz multidisciplinar para examinar a problemática da comunicação pública da ciência e da relação entre cientistas, divulgadores e público. Trata-se de fazer com que as questões, os obstáculos e as dificuldades possam emergir e ser interpretados mais como inadequações e incongruências entre diversas ‘formas de vida’ ou estilos profissionais (Honderich, 1995, p. 228) do que apenas como disfunções éticas ou pressões conjecturais sobre os agentes envolvidos na comunicação pública da ciência.

Objetivos

Como mencionamos, a comunicação primária e a secundária são processos que configuram um campo de estudos, teorias e práticas que se desdobram em várias dimensões que podem ser esquematizadas por meio de uma matriz multidisciplinar. O presente trabalho visa apresentar essa matriz, na qual os discursos da ciência e da divulgação podem ser diferenciados em diversas dimensões disciplinares. Com isso, cientistas, jornalistas e estudiosos de divulgação científica em geral poderão perceber que muitos dos obstáculos e das disfunções do trânsito da comunicação primária à comunicação secundária poderão ser mais bem superados se entendidos como diferenças “naturais” entre esses dois discursos.

Nosso principal objetivo é, portanto, contribuir para um entendimento mais produtivo das disfunções da divulgação científica. Sem qualquer pretensão quanto a resolver essas disfunções, algumas talvez insolúveis, é importante o entendimento mútuo de jornalistas e cientistas de que seus respectivos discursos comportam diferenças e divergências porque isso faz parte necessária de suas respectivas características. A compreensão desse fato, no fundo, a compreensão das diferenças do discurso do “outro” como necessariamente diferente do discurso próprio, sem dúvida contribuirá para a superação de determinadas incompreensões mútuas.

Hipóteses

Partimos da hipótese de que os discursos da comunicação primária (inter pares) da ciência e da comunicação secundária (com o público) se diferenciam segundo algumas dimensões, as quais, por sua vez, compreendem algumas subdivisões. Essas diferenças não ocorrem gratuitamente, mas são devidas a várias razões, como objetivos, público destinatário e a natureza da comu-

nicação desses discursos. Por isso, essas dimensões podem ser mais bem avaliadas quando interpretadas por diferentes disciplinas. Essas diferenças, por sua vez, devem ser explicadas a partir das razões acima, o que, para algumas delas, será feito após apresentação da matriz multidisciplinar que nada mais é do que um quadro referenciando as dimensões e subdivisões já mencionadas.

Os obstáculos e as disfunções da divulgação científica compreendidos como devidos a diferenças estruturais entre os respectivos discursos pode favorecer, na medida do possível, sua superação. Os próprios fatores de uma percepção negativa dos cientistas pelos jornalistas, e o inverso⁷, ao invés de serem atribuídos a características seja idiossincráticas de determinados atores, seja da própria deformação profissional dessas categorias podem, como dissemos, ser entendidas como diferenças, até certo ponto, “naturais” entre naturezas diferentes de dois discursos: da comunicação primária e secundária da ciência.

A consciência desse fato é um passo importante para melhorar a compreensão recíproca dos atores envolvidos. No fundo se trata de respeitar a diferença e, a partir desse respeito e de uma compreensão mútua dessa diferença, achar um caminho para a saída do impasse.

A matriz apresentada na sequência é, pois, um recurso heurístico capaz de sugerir temas e campos de pesquisa com características diferenciadas da comunicação primária e secundária. Neste trabalho esboçamos a descrição de alguns desses campos.

DIMENSÕES	COMUNICAÇÃO PRIMÁRIA	REFERÊNCIAS	REFERÊNCIAS
(O) ONTOLÓGICA			
Objetos	Objetos correspondem a conceitos científicos e às suas inter-relações	Objetos do senso comum são “obstáculos” à ciência (Bachelard, 1996)	Objetos do senso comum
(L) LINGUÍSTICA			
Funções da linguagem	Linguagem especializada (signos específicos, fórmulas)	Nagel, 1971	Linguagem ordinária
	Referencial	Jakobson, 1969, p. 129	Referencial, fática, emotiva, persuasiva

⁷ O trabalho de Hartz e Chappel, *Worlds apart: how the distance between science and journalism threatens América’s future* (Hartz; Chappel, 1997, p. 27)), após uma extensa pesquisa que abrangeu 1.400 jornalistas e cientistas, concluiu, entre outras coisas, que: 1. Os cientistas se queixam de que os jornalistas não compreendem questões básicas de estatística, probabilidades e risco; 2. Os jornalistas se queixam de que os cientistas estão muito envolvidos em seu esotérico jargão profissional e falham em explicar seu trabalho com simplicidade e clareza; 3. Os cientistas dizem que a mídia simplifica exageradamente assuntos complexos; 4. Os jornalistas dizem que os cientistas não compreendem que a “novidade” é um bem perecível que precisa se mostrar relevante ao leitor ou telespectador; 5. Ambos, cientistas e jornalistas, acham que o público norte-americano é confuso e crédulo, devido, em grande parte, ao baixo grau de alfabetização científica da população em geral.

S) SEMIÓTICA			
Característica	Idiolecto (Barthes, 1971, p. 23)	Tradução intersemiótica (Jacobi e Schieli, 1988)	Natural
Signos	Unívocos por disciplina	Eco, 1980; Marcus, 1974, p. 83	Equivocidade retórica
Signos icônicos	Gráficos, esquemas, fórmulas que representam funções		Fotografias, Figuras (senso comum)
Semiótica	Denotativa	Hjelmslev, 1975, p. 212-219	Conotativa
(E) EPISTEMOLÓGICA			
juízo	Apodíctico "Ciência normal" Falsificacionismo	Kuhn, 1978, p. 57-66; Popper, 1965, 1967	Componente retórico (Roqueplo, 1974, p. 177-194); (Gregory; Miiller, 1988, p. 114-117)
(So) SOCIOLÓGICA			
Ethos	Imperativos Institucionais (Crítica pós-Kuhn) Publicidade restrita	Merton, 1977 Segredo em ciência e em divulgação científica	Julgamento do público Publicidade ampla
Discurso competente	Legitimador		Pode ser obstáculo
Controle de qualidade	Pela revisão dos pares		Pela editoria e pelo mercado
(D) DEONTOLÓGICA			
Normalização	Por critérios internos da comunidade de cientistas	Science, 09/07/1993, p. 149	Código de ética dos jornalistas (Belsey; Chadwick, 1992)
(M) MIDIOLÓGICA			
Categoria de veículo	Especializado		Massivo
Conceito de Novidade	Cultura científica (sujeita a verificação ou a corroboração)	Empirismo lógico (Nagel, 1971; Popper, 1965, p. 57)	Cultura jornalística (Wolf, 1990, p. 222-234)
Tempo	Normal da pesquisa	Tempo político, tempo da mídia (Collins, 2002)	Fechamento das edições
Audiencia	Cativa		Não-cativa

Fonte: Tabela elaborada pelo autor



DIFERENÇAS ENTRE OS DISCURSOS

Por que existem as mencionadas diferenças entre os discursos da comunicação da ciência interpares e o discurso da comunicação pública da ciência? No momento, por problema de espaço, apenas expandiremos em algumas dimensões a notícia telegráfica que consta na matriz acima. Em verdade, se observarmos os veículos de comunicação científica, verificaremos a ocorrência de alguma continuidade entre as publicações concernentes à comunicação primária e à secundária. Contudo, esses dois tipos (ideais) de comunicação científica se diferenciam por várias razões e devem obedecer, portanto, a diferentes linguagens e estilos. Embora ambos tenham um compromisso com a “verdade” científica, a divulgação pode e precisa despertar a fantasia e a imaginação do leitor como meio de “cativar” seu interesse e garantir sua atenção (Guimarães, 2001).

A comunicação primária admite um receptor cativo, isto é, aquele que por razões profissionais não pode ou não quer se esquivar à recepção da mensagem. O receptor da comunicação secundária, ao contrário, não é cativo. Pode a qualquer momento se esquivar à mensagem sem sofrer qualquer sanção. Esse grau de liberdade da audiência da comunicação científica secundária é uma das razões que faz com que ela se diferencie da comunicação primária com respeito a diversos fatores, inclusive a proporção de sua utilização das diferentes funções da linguagem (Jakobson, 1969). As mensagens da comunicação secundária demandam, portanto, uma utilização mais intensa de determinadas funções menos exercidas na comunicação primária. Esta é uma das razões, possivelmente, da demanda de uma competência específica do divulgador científico nem sempre disponível ao cientista. Um outro aspecto da comunicação primária ou interpares dos cientistas é a aparente ausência ou falta da necessidade da ocorrência de recursos retóricos em suas mensagens. Se uma das características do discurso científico em relação à “realidade” é a sua verossimilhança, esse discurso teria, antes de tudo, uma característica apodítica, dispensando qualquer recurso retórico. Assim, paradoxalmente, um recurso retórico do discurso científico, para impor sua verossimilhança, é considerá-lo como um discurso predominantemente apodítico, isto é, carente de recursos de persuasão.

A comunicação primária tem ainda a necessidade de utilizar uma linguagem monossêmica. A univocidade dos significados dos signos e dos semas científicos é uma condição para atender uma das condições primordiais das teorias científicas: a possibilidade de sua retificação ou ratificação por meio do controle experimental. Como repetir um experimento ou uma observação, se o protocolo dos procedimentos para essas operações contém signos ambíguos ou equívocos? Em verdade, mesmo sendo unívocas e utilizando em maior proporção a função referencial da linguagem, as comunicações primárias demandam também certo uso das demais funções ou de alguns recursos retóricos (Perelman; Olbrechts-Tyteca, 1983).



O divulgador necessita “traduzir”⁸ uma mensagem formulada num código específico e unívoco, cujo acesso demanda um determinado tempo de aprendizado de seu usuário, o cientista, da linguagem natural, polissêmica e ambígua. Esta tarefa é, como se vê, complexa e, às vezes, impossível (Roqueplo, 1974).

O discurso de divulgação deve utilizar os recursos convenientes a cada caso: as figuras de retórica e funções de linguagem adequadas. Mas esse discurso não deve se limitar a fatos, descobertas ou teorias da ciência. Para verdadeiramente facilitar o advento de uma cultura científica da população, deve também lembrar episódios da história da ciência, não só os caminhos, mas os descaminhos das descobertas, as bifurcações históricas, enfim levar ao público leigo uma ideia não só das cooperações, mas também dos conflitos. A ciência deve ser vista não como uma empresa intelectualmente asséptica, mas imersa no contexto histórico, social e político.

Dimensão ontológica

A dimensão ontológica, que se traduz num “obstáculo epistemológico” (Bachelard, 1996) à divulgação, consiste no seguinte:

1. O cientista comunica o resultado de suas pesquisas em linguagem na qual denota seus objetos (conceitos) e a relação entre eles (hipóteses, teorias, leis) etc. Nesse momento, sua posição filosófica (realista, convencionalista, construtivista) não influencia a crença na existência real desses objetos. Isto significa que, na prática de sua atividade e na comunicação dos resultados de sua pesquisa, todo cientista é realista, isto é, age e comunica como se seus objetos tivessem existência independente do observador⁹.
2. O realismo do público, em geral, se manifesta pela crença nos objetos correntes do senso comum. Em suma, uma mesa é uma mesa com existência autônoma no espaço e no tempo, assim como todos os objetos em sua localização espaço-temporal.
3. A comunicação da ciência ao público, embora de um realismo (dos objetos científicos) a outro (dos objetos do senso comum), se ressent de uma tradução difícil, quiçá impossível, entre esses dois planos. Esse fato Bachelard denominou “obstáculo epistemológico”. O obstáculo ontológico à divulgação científica consiste então na ‘tradução’ do conceito do objeto científico para seu relato em linguagem ordinária.

⁸ A palavra “traduzir”, no seu sentido de tradução de uma língua natural a outra, é inadequada para significar a passagem da comunicação primária para a comunicação secundária. Por isso alguns autores preferem a expressão “tradução intersemiótica” (Jacobi; Schieli, 1988).

⁹ Claro que essa posição deve ser matizada quando se trata de ciências humanas.



Dimensão linguística

Os cientistas se comunicam entre si mediante códigos e linguagens, que, em geral, são específicos para cada especialidade. Boa parte do preparo dos pesquisadores consiste no aprendizado dos conceitos e a sintaxe e semântica desses códigos e dessas linguagens. Tratando-se de saberes que, de algum modo, como vimos, devem ser retificados ou ratificados pela experiência, é fácil de se compreender a conveniência da univocidade de significado dos termos e conceitos utilizados na comunicação primária. O estabelecimento dessa univocidade pode anunciar a criação de uma ciência. O nascimento da química moderna, ao final do século XVIII, com as descobertas de Lavoisier, compreendeu uma nova nomenclatura para os elementos e compostos químicos. Esse fato não demorou nada a ser compreendido pelos próprios pesquisadores da época. O nascimento da química moderna foi possível graças à substituição de procedimentos, às vezes secretos, por procedimentos universais que, necessariamente, precisavam ser baseados numa linguagem também universal (Lindberg; Westman, 1990, p. 367-396).

Os pesquisadores de toda ciência bem estabelecida se comunicam entre si por meio de uma linguagem híbrida que contém tanto termos da linguagem natural como termos da linguagem específica. Cada cientista determina, numa certa medida, essa proporção, o que acaba, segundo Granger (1974, p. 44), por caracterizar seu próprio estilo. Mas a própria linguagem natural opera com várias funções e a proporção com que essas funções comparecem, respectivamente, nas linguagens naturais e nas linguagens especializadas varia e este será um dos parâmetros para diferenciar a comunicação primária da secundária.

A não-catividade da audiência da comunicação científica secundária é uma das razões que faz com que ela se diferencie, em alguns aspectos, da comunicação primária. Se o fator persuasivo se faz presente, tanto na CP como na CS, na CP a persuasão é circunscrita ao mérito do contexto da justificação da produção científica. Na CS o contexto de justificação é inacessível à audiência e, portanto, a persuasão envolve recursos retóricos estranhos aos méritos puramente científicos da produção.

Funções da linguagem

As funções das linguagens naturais têm sido classificadas pelos estudiosos em algumas categorias básicas. Uma das classificações mais completas em uso é a de Jakobson (1969). Esse autor catalogou seis funções da linguagem: 1) a função *referencial*, centrada no contexto; 2) a função *emotiva*, centrada no remetente; 3) a função *conativa ou imperativa*, centrada no destinatário; 4) a função *fática*, que funciona como um cimento social; é um tipo de função na qual os traços de coesão social são criados pela mera troca de palavras, saudações ou conversas apenas sociais; 5) a função *poética ou estética*, centrada na própria forma do significante da mensagem; 6) final-



mente, a função *metalinguística*, quando a mensagem fala de si própria. Novamente a não-catividade da audiência da comunicação científica secundária é uma das razões que faz com que ela se diferencie da comunicação primária também com respeito à proporção de sua utilização das diferentes funções da linguagem. Quanto às funções da linguagem descritas por Jakobson, verificamos que na comunicação primária tem relevância a função referencial. Já a comunicação secundária necessita que sua linguagem exerça também as funções emotiva, poética e fática, importantes nas mensagens de cunho persuasivo. Nas mensagens primárias é predominante a função referencial. Isto torna essas mensagens, até certo ponto, invariantes para toda a estratégia de tradução. A comunicação científica primária e a secundária se diferenciam por várias razões e devem obedecer, portanto, a diferentes linguagens e estilos. Embora ambas tenham um compromisso com a “verdade” científica, a divulgação pode e precisa despertar a fantasia e a imaginação do leitor como meio de “cativar” seu interesse e garantir sua atenção.

Dimensão semiótica (signos)

A comunicação primária tem ainda a necessidade de utilizar uma linguagem monossêmica. A univocidade dos significados dos signos e dos semas científicos é uma condição para atender uma das condições primordiais das teorias científicas: a possibilidade de sua retificação ou ratificação por meio do controle experimental. Como repetir um experimento ou uma observação se o protocolo dos procedimentos para essas operações contém signos ambíguos ou equívocos? Em verdade, o estabelecimento da univocidade e universalidade dos conceitos científicos pode anunciar a criação de uma ciência¹⁰. Na realidade, mesmo sendo unívocas e utilizando em maior proporção a função referencial da linguagem, as comunicações primárias demandam também um certo uso das demais funções ou dos recursos retóricos (Perelman; Olbrechts-Tyteca, 1983, p. 22-23).

De qualquer forma, podemos dizer que, pelo menos, os signos monossêmicos preponderam muito mais nas comunicações primárias do que nas secundárias. Os signos monossêmicos que representam conceitos científicos são, às vezes, construídos especificamente para atender objetivos da teoria e, outras vezes, construídos a partir de signos da linguagem natural menos unívocos e precisos. Assim, por exemplo, a sensação de calor e frio é traduzida pelo conceito científico de temperatura definido a partir de seu modo de aferição objetiva.

Semiótica denotativa e conotativa

No trânsito da comunicação primária para a secundária podem ser detectados elementos retóricos que desvelam fragmentos ideológicos correlatos. Valemo-nos das definições e da notação de Louis Hjelmslev (1975, p. 185-219), retomada por Roland Barthes (1971). Assim, utilizando a notação SE = Significante e SO = Significado,

¹⁰ Como já mencionamos, foi o que ocorreu na criação da química moderna no final do século XVIII.

Semiótica denotativa (Sistema real)	SE₁ = Discurso científico: Fórmulas, enunciados, teorias, leis	SO₁ = Fenômenos e suas inter-relações	Comunicação primária (CP)
---	---	---	----------------------------------

podemos considerar esta semiótica denotativa como conteúdo SO₂ de um segundo discurso metalingüístico, correspondente à comunicação secundária:

Metalinguagem	SE₂	SO₂	Hjelmslev (1975, p. 212-219)	Comunicação secundária(CS)
		SE₁	SO₁	

Neste esquema, SE₂ seria o significante do discurso da divulgação científica, equivalente a uma metalinguagem do discurso da ciência. A retórica sobreposta a esta metalinguagem seria a conotação:

Conotação	SE ₃ = Retórica	SO ₃ = Fragmento de ideologia		Barthes, 1974
Metalinguagem	SE ₂	SO ₂		
		SE ₁	SO ₁	

Este procedimento de superelevação dos códigos corresponde a possibilidades preexistentes nos universos simbólicos dos intervenientes nos processos comunicacionais. Todo esse conjunto configura, num sentido amplo, o termo código (Epstein, 1993, p. 83-91) como o próprio universo simbólico dos participantes. A retórica, suas figuras e seus procedimentos vistos como significantes correspondem, como significado, ao termo “ideologia” em seu sentido fraco (Bobbio; Matteuci; Pasquino, 1986, p. 585).

As características acima mencionadas da comunicação primária e secundária configuram “tipos ideais”, mas servem como recursos didáticos para estudar e compreender os fenômenos e os obstáculos reais.

Dimensão epistemológica

O juízo do enunciado científico da comunicação primária é de “verdadeiro” ou “falso” e é atribuição dos detentores do “saber competente”, isto é, dos pares. O discurso da comunicação secundária, da popularização da ciência, também carece do aval implícito dos “pares”, não quanto à sua verdade, mas quanto à sua verossimilhança. Portanto o juízo do discurso da divulgação científica



é apenas parcialmente (enquanto fiel à fonte primária) o de “verdadeiro” ou “falso”. Sobreposta a essa fidelidade há a sua adequação a certos objetivos. Sua eficácia depende de recursos retóricos e das funções estética, fática e persuasiva da linguagem. Sua “verdade” pragmática, tal como a do discurso publicitário, é aferida, em certa medida, por sua capacidade de cativar e persuadir seu público.

Saber competente

Esse termo, cuja análise e crítica cabe à sociologia da ciência, de um lado, opera como um aval nas relações entre os cientistas, inclusive sancionando e legitimando a comunicação primária por meio da “chamada revisão pelos pares” a que esta comunicação está sujeita. Já na comunicação secundária pelo mediador, a imagem do saber competente pode introduzir obstáculos nas relações entre cientistas e divulgadores; sensíveis os segundos à hegemonia do saber dos primeiros. O cientista detém o saber competente em sua área específica. A sua fala provém de um emissor autorizado (Chauí, 1986, p. 11). Esse emissor autorizado é o especialista, aquele que possui, reconhecida e legitimamente, determinados conhecimentos que o autorizam a falar. Neste aspecto a interface da relação entre o cientista e o divulgador revela uma assimetria, pois apenas um dos lados, o do cientista, detém o saber competente. A “competência” do jornalista raramente atinge o tema objeto da comunicação. O jornalista ou divulgador necessita, portanto, do aval do cientista quando o cita. Mas a mensagem do divulgador, incorporando características fáticas, estéticas e persuasivas, pode desagradar a sua fonte, o cientista entrevistado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diferenças entre os discursos da comunicação primária e secundária da ciência, demarcadas segundo a matriz multidisciplinar acima disposta, e também de algumas razões dessas diferenças, a rigor não passam de hipóteses, por verossímeis que possam parecer. Será, porém, que essas diferenças subsistem concretamente nesses discursos? A nossa hipótese inicial é que as características (ou pelo menos algumas delas) de CP e CS descritas pela matriz multidisciplinar, de algum modo, já estão embutidas nas práticas dos produtores (CP) e dos divulgadores (CS). Como tem acontecido em outros casos na história da ciência, e notadamente nas ciências da comunicação, a prática precede a teoria¹¹. Para verificar essas hipóteses será necessária uma verificação empírica.

Para tanto, sugerimos amostras de materiais de comunicação secundária onde haja referência explícita às fontes primárias consultadas. (Chamaremos esse material de “artigos casados”). Dos periódicos de divulgação científica existentes entre nós, alguns pelo menos, costumam apresentar matérias com fontes explicitamente mencionadas.

¹¹ Como resume genialmente um personagem de Guimarães Rosa: “O que um dia vou saber, não sabendo eu já sabia”

Ciência Hoje, editada pela SBPC (Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência), *Scientific American do Brasil*, editada pela Duetto, e o jornal O Estado de S. Paulo são alguns exemplos. As fontes citadas do material primário são os periódicos *Nature*, *Science* e *Jama (Journal of the American Medical Association)*, se bem que outros periódicos também são citados, inclusive alguns nacionais. Alguns cientistas que escrevem artigos de divulgação científica em jornais da grande imprensa também mencionam suas fontes¹².

Sugerimos, para um estudo-piloto, a seleção de cerca de 24 conjuntos desses “artigos casados”, com distribuição variada dentro de um período de vários anos.

Exemplos de artigos casados

Comunicação Primária (CP)			Comunicação secundária (CS)		
Periódico	Data	Título do artigo	Periódico	Data	Título do artigo
<i>Science</i>	26/08/2005, p. 1357-1360	Inner core differential motion confirmed...	<i>O Estado de S. Paulo</i>	28/09/2005p. A20	Os dias são mais curtos no centro da-Terra
<i>Jama</i>	11/08/2004, v. 09, p.715	Safety and immunogenity	<i>Ciência Hoje</i>	09/04/2007	M contra a febre reumática
<i>Science</i>	10/08/2001, p.1048	Lateral gene transfer...	<i>Scientific American do Brasil</i>	Jan. 2005, p. 60-64	Ameaça fantasma
<i>Science</i>	02/03/2007, p. 1239-1243	Mystery towers an ancient....	<i>Ciência Hoje</i>	Jul. 2007, p. 11-13	O mais antigo observatório
<i>Nature</i>	2003, v. 422, p. 759	Molecular motors	<i>Ciência Hoje</i>	Set. 2006, p. 26-31	Motores moleculares
<i>Nature</i>	04/08/005, v. 436, p.641	Dogs cloned from adult somatic cells	<i>O Estado de S. Paulo</i>	10/08/2005 p. A16	Snuppy, uma prova do conceito
<i>Nature</i>	14/02/2008, v. 818, p. 821	Primitive early bat from Wio-ming and...	<i>Ciencia Hoje</i>	Mar. 2008	O sonar dos morcegos

¹² Um deles é o biólogo Fernando Reinach e um exemplo é o artigo publicado no jornal “O Estado de São Paulo” de 28/09/05 p. A-20 onde é mencionada fonte: A revista Science publicada pela AAAS (American Association for the Advancement of Science) Vol.309, 26/08/05. O autor é colaborador permanente do jornal de modo que seu material é freqüente e de muito fácil acesso.

<i>Nature</i>	31/01/2008, p. 509	Reviewer leaked Avandia study to drug firm...	<i>Ciencia Hoje</i>	Mar. 2008, n. 20	Sintonia fina
<i>Science</i>	04/01/2008	A mosaic of chemical evolution...	<i>O Estado de S. Paulo</i>	13/03/2008,p. A 26	Insetos envol- vidos em uma corrida arma- mentista
<i>Science</i>	15/11/1998, p. 115-125	The afrian wild ass (Equus)	<i>Scientific American of Brasil</i>	01/04/2005	Equideos em perigo
<i>Science</i>	23/02/2007, p. 1122-1126	Redifining the age of Clois.....	<i>Ciencia Hoje</i>	Jul. 2007	Povoamento da América
<i>Nature</i>	20/10/2005, p. 1070-1071	Cash interests taint drug advice	<i>O Estado de S. Paulo</i>	20/10/2005,p. A22	Médicos re- ceitam o que a indstria manda, diz estudo

Como se pode verificar acima, o espaço de tempo entre a publicação primária e a secundária varia de alguns dias a meses e até anos. Essa variedade permitirá a verificação de características que permanecem. A análise comparativa empregará os instrumentos mais adequados.

Assim para a comparação na dimensão linguística nos valeremos da análise de conteúdo para comparação quantitativa entre os signos (palavras) unívocos e especializados e os signos da linguagem natural em cada amostra dos discursos primários e secundários. O mesmo instrumento será utilizado para aferir a frequência relativa dos signos icônicos – gráficos, esquemas, fotografias – em cada discurso. Já para a aferição das semióticas denotativa e conotativa, bem como da presença de recursos retóricos, usaremos a análise do discurso. Outros recursos de análise considerados adequados a cada dimensão serão utilizados, inclusive eventuais entrevistas com os autores das matérias de comunicação secundária.

Um segundo aspecto que pretendemos verificar é um estudo comparativo entre a frequência das diferenças dos fatores mencionados na matriz multidisciplinar quando os artigos casados se referirem às ciências da natureza e às ciências humanas.

Um terceiro aspecto, mais sutil, é a fidelidade da comunicação secundária ao ideário e à filiação disciplinar da comunicação primária. Constatamos esse fato em trabalho no qual algum viés proveniente eventualmente de uma formação profissional do divulgador consegue desviar a atenção de um caráter essencialmente original da pesquisa primária no paradigma da sociobiologia para uma conotação mais banal numa vertente psicológica (Epstein; Bertol, 2005). Os protocolos para a efetivação da análise comparativa ainda não estão finalizados.



REFERÊNCIAS

BACHELARD, Gaston. O primeiro obstáculo: a experiência primeira. In: *A formação do espírito científico*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 29-68.

BARTHES, R. *Elementos de semiologia*. São Paulo: Cultrix, 1971.

BELSEY, Andrew; CHADWICK, Ruth. *Ethical issues in journalism and the media*. London: Routledge, 1992.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. Brasília: Ed. UnB, 1986.

BROCKMAN, John. *The third culture*. Nova York: Simon & Shuster, 1995.

CHAUI, Marilena *Conformismo e resistência*, São Paulo: Brasiliense, 1986.

COLLINS, Harry M.; EVANS, Robert. *The third wave of science studies: studies of expertise and experience*. Social Studies of Science, Sage, v. 32, n. 2, p. 235-229. abr.2002.

DAWKINS, Richard. *A escalada do monte improvável*. São Paulo: Cia. Das Letras, 1998.

ECO, Umberto. *Tratado geral de semiótica*. São Paulo: Perspectiva, 1980.

EPSTEIN, Isaac. *Gramática do poder*. São Paulo: Ática, 1993.

_____. Quando um fato se transforma em notícia no jornalismo e na ciência. *Comunicação & Sociedade*, São Bernardo do Campo (SP), Umesp, n. 47, p. 159-182, 2007.

EPSTEIN, Isaac; BERTOL Sônia. Caminho das pedras: a difícil arte de comunicar a ciência para o público. *Comunicação & Sociedade*, São Bernardo do Campo (SP), Umesp, n. 43, p. 11-28, 2005.

GARDNER, Martin. WAP, SAP, PAP, and FAP. In: *The night is large*. Nova York: St. Martin's Press, 1996. p. 40-49.

GLEISER, Marcelo. *A dança do universo*. São Paulo: Cia das Letras, 1997.

GRANGER, Gilles-Gaston. *Filosofia do estilo*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GREGORY, Jane; MILLER, Steve. *Science in public: communication, culture and credibility*. Nova York: Plenum Press, 1998.

GUIMARÃES, Eduardo (Org.). *Produção e circulação do conhecimento*. Campinas: Pontes, 2001.

HARTZ, Jim; CHAPPELL, Rick. *Worlds apart: how the distance between science and journalism threatens America's future*. Hashville: First Amendement Center, 1997.

HJELMSLEV, Louis P. *Prolegômenos a uma teoria da linguagem*. São Paulo: Ed. Abril, v. XLIX, 1975.

HONDERICH, Ted (Ed.). *The Oxford companion to philosophy*. Nova York: Oxford University Press, 1995.

JACOBI, Daniel; SCHIELE, Bernard. *Vulgariser la science*. Seyssel: Ed. Ch. Vallon, 1988.



JAKOBSON, Roman. *Linguística e comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1969.

KUHN, Thomas. *Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LINDBERG, David C.; WESTMAN, Robert S. *Reappraisals of the scientific revolution*. Cambridge: University Press, 1990.

MARCUS, Solomon. Fifty-two oppositions between scientific and poetic communication. In: CHERRY, Colin (Ed.). *Pragmatics aspects of human communication*. Boston / Doordrecht (Holland): D. Reidel, 1974.

MERTON, Robert K. *Sociología de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial, 1977.

NAGEL, Ernest. *La estructura de la ciencia*. Buenos Aires: Paidós, 1971.

PERELMAN, Chaim; OLBRECHTS-TYTECA, Lucy. [1970]. *Traité de l'argumentation*. Bruxelas: Éd. de l'Université de Bruxelles, 1983.

POPPER, Karl. *Conjectures and refutations*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1965.

_____. *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos, 1967.

_____. *Experience and prediction*. Phoenix: University of Chicago Press, 1961.

ROQUEPLO, Philippe. *Le partage du savoir*. Paris: Seuil, 1974.

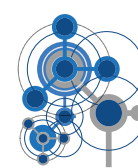
ROSA, Guimarães, *Tutameia: terceiras estórias* (1967):

SAGAN, Carl. *Cosmos*. Nova York: Ballantine Books, 1980.

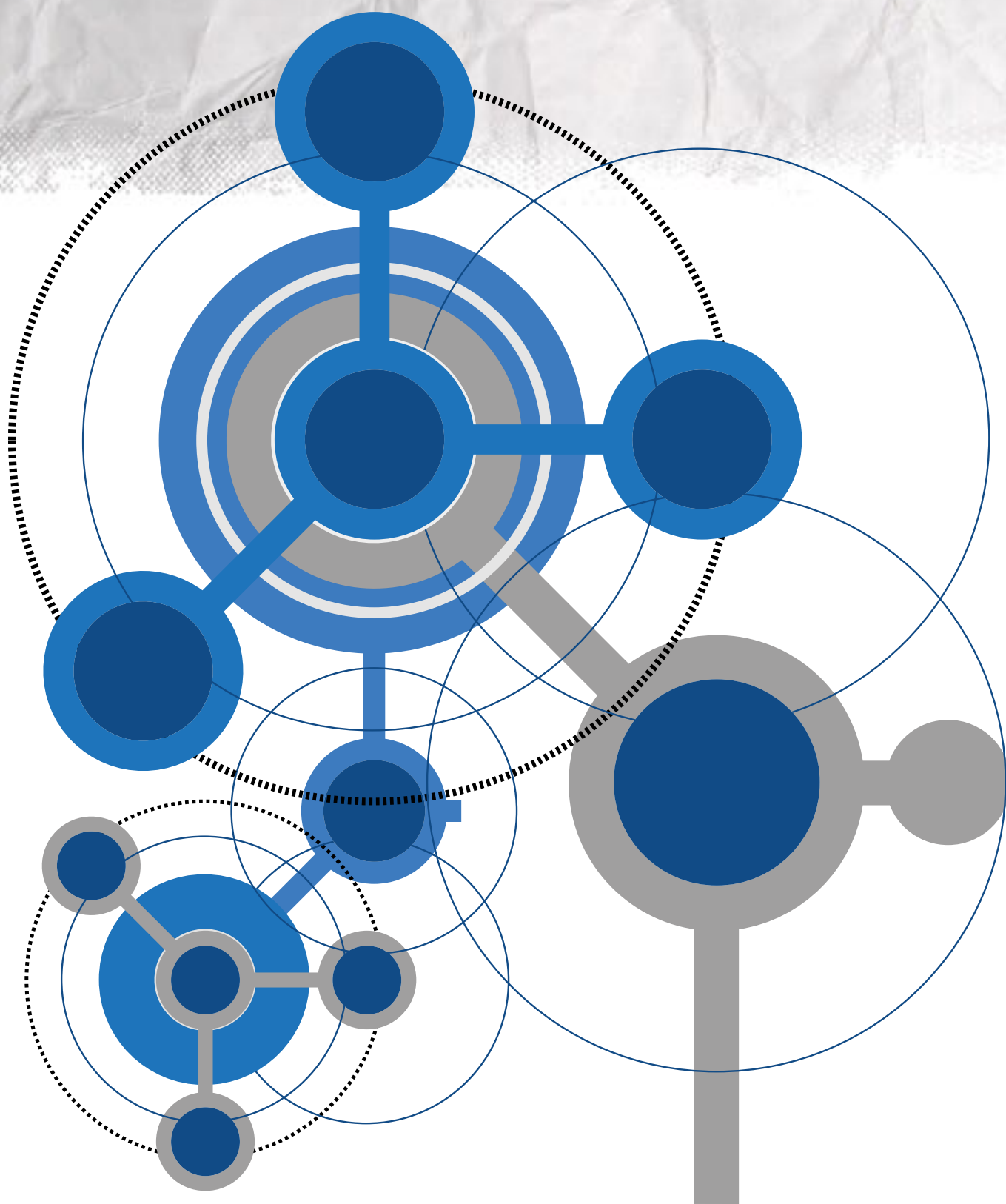
_____. *The demon-haunted world*. Nova York: Random House, 1995.

WOLF, Mauro. *La investigación de la comunicación de masas*. Barcelona: Paidós, 1990.

Recebido em: 20.04.2012 / Aceito em: 20.05.2012



DOSSIÊ





Comunicación y salud: un campo diverso y pujante

Communication and health:
a diversified and powerful field

Comunicação e saúde: um
campo variado e pujante

Mónica Petracci

- Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (FCS-UBA)
- Profesora titular de la carrera de Ciencias de la Comunicación (FCS-UBA)
- Subsecretaria de investigación de la Secretaría de Estudios Avanzados (FCS-UBA)
- Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani (FCS-UBA)
- Investigadora externa del Centro de Estudios de Estado y Sociedad
- Premio del Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población (Caesp) en 2010 por el trabajo “Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica” Autora y compiladora de libros: *Salud, derechos y opinión pública* (2004); *Comunicación y salud* (2011, con Silvio Waisbord); *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público* (T2011)
- Artículos en *Reproductive Health Matters*, *ZER*, *Salud Pública de México*, *Horizontes Antropológicos*, entre otras publicaciones
- E-mail: petracci@retina.ar



Resumen

El entramado sociocomunicacional de la salud dio lugar a un campo de conocimiento desde la segunda mitad del siglo pasado. El objetivo es reflexionar sobre las dimensiones teórico-conceptual y operativa de ese entramado. El trabajo a futuro es el planteo de las temáticas sociales en las cuales estén insertos los problemas y situaciones de salud a resolver comunicacionalmente (riesgo, medicalización, técnica etc.) y la sistematización de las investigaciones empíricas y las experiencias ya realizadas para conocer qué de lo hecho puede tomarse (o no) para nuevas experiencias.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN • SALUD • ESFERA PÚBLICA • CAMPAÑAS DE INTERÉS PÚBLICO

Abstract

The intertwining of the social and communication aspects of health gave rise to a new field of knowledge since the second half of the last century. The purpose of this text is of pondering on the theoretical and conceptual dimensions of this web. For the future the task is to outline through communication the social themes in which the health problems and situations (risk, medication, technique etc.) are inserted and the systemizing of the empirical research and of the experiments conducted to get to know which part of what has already been done can (or not) be used for new experiments.

KEYWORDS: COMMUNICATION • HEALTH • PUBLIC SPHERE • CAMPAIGNS OF PUBLIC INTEREST

Resumo

O entrelaçamento dos aspectos sociais e comunicacionais da saúde deram origem a um novo campo de conhecimento desde a segunda metade do século passado. O objetivo deste texto é refletir sobre as dimensões teórico-conceituais e operacionais dessa trama. Para o futuro, o trabalho será esboçar comunicacionalmente as temáticas sociais nas quais se inserem os problemas e as situações da saúde (risco, medicalização, técnica etc.) e a sistematização das pesquisas empíricas e das experiências levadas a efeito para conhecer o quê do já feito pode ser aproveitado (ou não) para novas experiências.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO • SAÚDE • ESFERA PÚBLICA • CAMPANHAS DE INTERESSE PÚBLICO

El entramado sociocomunicacional de la salud, y especialmente de la salud pública, dio lugar a la formación de un campo de conocimiento a partir de la segunda mitad del siglo pasado (Beltrán, 1998; Casas, Cuberli y Demonte, 2004; Regis, 2007; Cuberli, 2008; Petracci y Waisbord, 2011). Algunos de los rasgos, que desde ese momento a la fecha caracterizan su desarrollo son los siguientes: una producción profusa y variada respecto de temas, instancias comunicacionales y actores sociales intervinientes en el proceso comunicativo; y un potencial para lidiar con cuestiones de la sociedad contemporánea proveniente tanto de los hallazgos de la investigación cuanto de las intervenciones en terreno sobre comunicación y salud.

La variedad temática refiere a las innumerables situaciones ligadas a la salud y la enfermedad que contaron reflexiones y acciones comunicacionales (dengue, diabetes, cáncer, cólera, tabaquismo, tuberculosis, salud reproductiva, VIH/sida, vacunas, son algunos pocos ejemplos).

A la multiplicidad de niveles y actores sociales la encontramos en la relación médico-paciente, las consultas actuales en Internet, el vínculo entre profesionales de la salud en el equipo de un servicio así como entre ellos y el personal administrativo, el circuito de la toma de decisiones desde las máximas autoridades de un ministerio de salud hasta los jefes de servicio de un hospital público, la calidad de la atención recibida por los usuarios y las usuarias, la agenda pública y mediática, las campañas dirigidas a la ciudadanía en general o a sectores de ella, el periodismo científico y en salud, las intervenciones comunitarias y el trabajo con organizaciones sociales, o bien las acciones de la industria farmacéutica entre otros tantos casos.

El potencial del trabajo profesional y académico en este campo proviene de la centralidad técnica y política de lo comunicacional, y seguramente se desplegará en campos tan diversos como el cuidado de la salud sobre el trasfondo de una sociedad global con riesgo de brotes epidémicos, o de nuevas enfermedades ocasionadas por el cambio climático o bien de problemas sociales vinculados a las condiciones de vida, la violencia urbana, los trastornos alimentarios etc. Al respecto, en un libro de publicación reciente, Mónica Petracci y Silvio Waisbord (2011, p. 9) sostienen que

cualquier intento por capturar la diversidad de enfoques, modelos y prácticas en comunicación y salud es necesariamente incompleto. Esto se debe a varios motivos. Los múltiples problemas sociales que atraviesan el campo, desde cuestiones de poder, pasando por el espacio público y mediático, hasta la relación entre profesionales de la salud y usuarios de los servicios de salud. Los sesgos derivados de la formación de procedencia y las inquietudes personales volcadas sobre cualquier análisis. Y, en nuestro caso, la amplitud se acentúa como consecuencia de la diversidad de perspectivas, estudios y experiencias. A nuestro entender esa variedad explica la riqueza analítica y, a su vez, desafía cualquier intento de ofrecer una visión completa.

El enfoque desde el cual pensamos las temáticas del diverso entramado sociocomunicacional de la salud tiene un punto de partida y otro de llegada. El primero, conceptual y teóricamente,



se aleja de la asimilación de la comunicación en salud al desarrollo de estrategias destinadas a campañas mediáticas para lograr cambios en los comportamientos, mientras que se acerca a la complejidad de lo social, a la tensión entre el sistema y la acción sociales. El punto de llegada, entendido como la implementación de investigaciones e intervenciones, a nivel mediático, comunitario o a través de la web, es la generación de procesos de cambio social destinados a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población, el fomento de la participación y el diálogo, ambos fortalecedores de la democracia.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre las dimensiones teórico-conceptual y operativa del entramado sociocomunicacional de la salud a partir de dos trabajos ya realizados que buscan ser un aporte para el fortalecimiento del campo. Respecto del enfoque teórico y conceptual adoptado – que rescata el proceso comunicacional sobre la mera transmisión de mensajes de un emisor a un receptor –, el eje que articula la reflexión es el alejamiento de ese enfoque de la comunicación en salud del carácter meramente instrumental de las estrategias comunicacionales y la diferencia de las campañas de interés público de aquellas de la publicidad comercial. Respecto de la implementación, el eje de la reflexión está centrado en el rol de lo comunicativo en ámbitos institucionales que, en tanto tal, están atravesados por los escenarios políticos y las tensiones propias de las relaciones de poder instituidas.

COMUNICACIÓN EN SALUD: ALGO MÁS QUE ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES

En cada desafío comunicacional hay una temática social cuya comprensión es, en primer término, teórica. La densidad del campo sociocomunicacional de la salud rebasa cada paso a seguir de una estrategia comunicacional ya sea que se trate de mensajes procedentes de gobiernos, organizaciones sociales, o de publicidad comercial o de las relaciones encontradas o desencontradas entre ellos (Petracci, 1992).

En el caso de las campañas de interés general, público – como indistintamente suele denominárselas –, se trata de las emitidas por agencias gubernamentales o no gubernamentales cuyos mensajes se centralizan en medidas de protección y/o cuidado sin que se promocióne bien o servicio alguno, con excepción de aquellos que eventualmente otorga el Estado a la población en forma gratuita. Se vuelve necesario distinguir un doble solapamiento. No son campañas de interés público aquellas apelaciones al bien común a las que puede recurrir el Estado para el cumplimiento de una norma ni aquellas que tienden a defender políticas públicas de largo alcance o legitimar gestiones de gobierno.

En tanto variedad de campaña, las de interés público comparten la búsqueda de persuasión con la publicidad comercial. Pero, si bien ésta última ha alcanzado un notable desarrollo cuyo impacto lle-



ga a hacerse sentir tanto en la vida económica, social y política como también en la vida cotidiana a través de las prácticas que legitima y los discursos que forma y transforma, el traslado acrítico de la comunicación publicitaria a las campañas de interés público suele no considerar que la promoción de un bien de consumo difiere de la movilización de la sociedad en torno a objetivos comunes, y que la recepción es heterogénea (González Molina, 1991; Orozco Gómez, 1994).

También respecto de la publicidad comercial es necesario diferenciar que tampoco es de interés público cuando recurre a un mensaje de cuidado de la salud, como por ejemplo un odontólogo aconsejando a los niños lavarse los dientes todas las noches para promocionar una pasta dentífrica o un producto comestible que destaque sus beneficios para una dieta sana. Estos son mensajes en los cuales aparece una apelación al cuidado de la salud, pero su objetivo es la venta de un producto y pertenecen al ámbito de la publicidad comercial de la misma manera que las acciones de mecenazgo cultural, diferenciación de marcas, o de campañas sobre valores como la ética o la defensa del medio ambiente como consecuencia de la necesidad de las empresas de construir una identidad corporativa distintiva en un escenario hipercompetitivo (Ghitia et al., 2011).

En este artículo sostenemos que ambos tipos de mensajes son diferentes, y también que es en algunas de esas diferencias donde radican los obstáculos de los mensajes de las campañas de bien público, especialmente las referidas a la salud de la población.

Las campañas de consumo masivo promueven marcas de la clase de productos que venden; no publicitan un hábito en sí mismo sino que operan en un hábito ya existente, que también ellas contribuyeron o contribuyen a difundir y promover. Pasar de la marca A a la marca B puede resultar beneficioso para B porque también existe A, o sea, no se promociona sólo un nuevo patrón de compra sino una variedad del mismo.

La publicidad comercial conoce perfectamente de su eficacia en el logro de pequeñas variaciones o sustituciones con respecto a hábitos socialmente establecidos y de sus límites en la introducción de un bien genérico o en el cambio de costumbres fuertemente arraigadas. En el posicionamiento de un producto se considera el segmento del mercado favorablemente dispuesto a su adquisición y uso. En esa dirección se diseñan las estrategias publicitarias. En cambio, las campañas de interés público se dirigen a quienes se encuentran menos favorablemente dispuestos. Un comercial de cigarrillos que promociona la marca A busca que sean los fumadores quienes la adopten mientras que una campaña de vacunación se orientará a las familias que no pueden mantener los esquemas de vacunación de sus hijos al día.

El hábito mismo de consumir está apoyado en una infraestructura de supermercados, quioscos y vidrieras que favorecen la eficacia de sus mensajes. Aquello que se ve por la televisión se lo encuentra en la góndola de un supermercado y, además, se observa y comenta la compra por parte de otras personas. En cambio, temas tales como el cuidado de la salud o la seguridad personal



no tienen una intrínseca apelación de venta. Aún en el caso de la publicidad comercial, mientras los consumidores frecuentemente evitarán aquellos productos que ellos crean peligrosos raramente irán a buscarlos por ser particularmente seguros.

Las campañas comerciales, si bien tienen metas menos complejas y se dirigen a públicos menos refractarios, suelen efectuar en forma rutinaria una serie de ensayos orientados a testear las piezas comunicacionales diseñadas por los creativos, sometiéndolas a la crítica de una porción representativa de su público potencial y son corregidas en función de las opiniones del público entrevistado. El resultado de esa carencia de controles suele ser el diseño de campañas de interés público que no responden a las necesidades o a los valores culturales o a las actitudes de base de los receptores (cuando no sencillamente inculpadoras o aterrizantes). A menudo, también, derivan en mensajes destinados, en el caso de la salud, a explicar problemas sanitarios ya conocidos por el público al cual van dirigidos o bien, en el otro extremo, formuladas en un lenguaje médico que es ininteligible para los sectores de mayor riesgo sanitario.

Sobre la producción de mensajes cabe advertir, asimismo, otro problema de importancia ligado a su calidad profesional y a su eficacia para lograr modificar la conducta del receptor, en especial, de los que serán difundidos a través de los medios masivos. Con frecuencia, las agencias gubernamentales consideran a su público potencial con un criterio estrechamente utilitarista, como ciudadanos ávidos por beneficiarse con los servicios gratuitos que ellas proveen. En función de ello suelen formular normalmente sus mensajes a la manera de un “anuncio” (cuando no una admonición) más que como un instrumento destinado a promover la participación y con poca o ninguna calidad profesional. El resultado es que, en general, el público ignora esos mensajes asimilándolos a la categoría de “un aviso público más”, no muy diferente a las periódicas exhortaciones de otras entidades estatales a pagar los impuestos en fecha o cuidar el consumo de energía. Naturalmente, el grueso de los públicos de los medios masivos está acostumbrado a un standard de calidad profesional y requiere un mínimo de originalidad y empatía de aquellos sin el cual el mensaje emitido suele ser sistemáticamente ignorado (a menudo, ni siquiera percibido).

Por otro lado, y lamentablemente, cabe observar que los esfuerzos para romper ese “cerco comunicacional” entre funcionarios y ciudadanos a través de una mejora de la calidad estética de los mensajes, con suma frecuencia han incurrido en el error de utilizar acríticamente los recursos convencionales de la propaganda comercial sin tomar en cuenta que existe una brecha considerable entre ambos, y se han sobreutilizado los medios masivos a expensas de otros instrumentos normalmente menos costosos y de efecto más duradero y eficaz. No obstante, cabe señalar que, en los últimos años, la presencia de egresados de las carreras de comunicación especialmente de la Universidad de Buenos Aires, el mayor conocimiento de la producción en comunicación y salud, así como la presencia de funcionarios interesados en la problemática comunicacional de la salud dieron lugar, en el Ministerio de Salud de la Nación, a experiencias más interesantes, reflexivas y participativas que las de épocas anteriores.

Recurrir a la televisión en particular y a los mass media en general, para este tipo de campañas, suele ser imprescindible para lograr su inserción en la agenda pública pero no es el único medio ni, mucho menos, el más adecuado para promover cambios en los comportamientos. Una larga experiencia en materia de promoción y participación comunitaria ha evidenciado que aunque los medios masivos son imprescindibles en una sociedad de masas, los micromedios en base a material sonoro, visual, audiovisual e impreso o las técnicas educativas como narración de cuentos, sociodramas, reuniones grupales etc. – de circulación más restringida pero asociados a un intenso intercambio cara a cara – son normalmente más eficaces para generar cambios en la conducta y la movilización del público.

Una última diferencia entre vender productos y las campañas de interés público parece correr del lado de estas últimas. La marca A generalmente tiene que competir con las marcas B, C y D en la atención del consumidor. Una campaña de prevención ante una epidemia no tiene, generalmente, competencia en su género pero debe hacerlo con la publicidad comercial misma, generalmente más atractiva y excitante. Más aún, muchos de esos mensajes promueven comportamientos contrarios a los mensajes de cuidado de la salud o la seguridad personal.

PROCESOS COMUNICACIONALES EN SALUD EN UN ESCENARIO INSTITUCIONAL PÚBLICO

Respecto de la dimensión operativa, la puesta en marcha de una experiencia comunicacional en el campo de la salud, y los resultados alcanzados, está íntimamente conectada con el escenario político e institucional en cuyo marco se toman las decisiones de diseño e implementación de la misma. A continuación se presenta el desarrollo de una experiencia comunicacional destinada a promover la consulta al ginecólogo en un servicio de salud de un hospital público llevada adelante por la autora de este artículo (Petracci 2009).

A partir de mis reflexiones sobre las campañas, el aporte de la teoría de la comunicación para el cambio social (Gumucio Dagrón, 2002), y las perspectivas de género y derechos como puntos de partida, inicié un trabajo destinado a promover la consulta al ginecólogo y los beneficios de la prueba de papanicolau – una prueba sencilla cuya correcta toma en la frecuencia adecuada puede salvar vidas de mujeres – en un servicio de salud de un hospital público emplazado en una zona de escasos recursos económicos del Gran Buenos Aires. El equipo de salud del servicio estaba preocupado porque percibía que cada vez eran más las mujeres que cuando acudían a atenderse recibían un diagnóstico de cáncer avanzado.

Para elaborar el diseño comunicacional también tomé en consideración, entre otros, un diagnóstico cualitativo de la percepción del equipo de salud sobre la calidad de la atención, las necesidades comunicacionales, y el resultado que imaginaban obtener de esa experiencia participativa.



De las reuniones de trabajo con el equipo de salud para elaborar el diagnóstico surgió una pieza comunicativa – una tarjeta o carné – destinada al cuidado de la salud ginecológica, y elaborada por sus integrantes en lo que hace a formato, colores, idea etc. A posteriori, en un encuentro conjunto quedó plasmada la idea de una tarjeta o carné que el médico entregaría a las usuarias cuando concurrieran a atenderse de manera tal que esa información funcionara como un recordatorio de la visita siguiente. Se descartó el diseño de un folleto o de otro tipo de material de prevención destinado únicamente a mostrar los beneficios del pap. Cabe señalar que el equipo de salud no sólo manifestó una buena recepción de la idea sino que demostró una gran dedicación para presentar aquello que querían que fuese el producto final. El diagnóstico cualitativo demostró que los profesionales del equipo estaban interesados en disponer de una pieza cuyo sentido sea instalar en las usuarias un comportamiento de cuidado de la salud ginecológica, como parte de un proceso de mejora de la calidad de la atención. Las ideas fuerza fueron la recordación del pap y la visita al ginecólogo. El supuesto básico de ambos mensajes era que la recordación del pap unido a la fecha de la próxima visita promovería en la usuaria una mayor propensión a sostener y no discontinuar las consultas. La función secundaria del carné era la información sobre la prueba de pap y la colposcopia, la necesidad de la mamografía, la prevención de ETS-VIH/sida, todo ello en el marco de las perspectivas de género y derechos sexuales y reproductivos. El contrato de lectura, a través de un lenguaje coloquial, apuntó a generar en la usuaria la percepción de que el profesional era quién había escrito ese mensaje para ella y, a su vez, promover su autonomía, aspecto decisivo para propiciar el cuidado de su salud.

En cuanto a las fortalezas de la experiencia, considero que la perspectiva hermenéutica y relacional adoptada favoreció la reflexión y el intercambio dentro del equipo de salud a través del proceso de imaginar en conjunto todos los aspectos de la pieza comunicacional que consideraban iba a promover en las mujeres la consulta ginecológica regular. También favoreció el proceso de toma de conciencia dentro del equipo de su condición de comunicadores cuando presentaran el carné a las usuarias, y por sobre todo al visibilizar su responsabilidad personal e institucional en la promoción de conductas de cuidado más que en la focalización de la prevención como comportamiento individual. El pap es una técnica de detección pero, siguiendo a Mary Douglas (1996) al referirse a la construcción social del riesgo, la prevención es una decisión social que necesita ser explicitada por las instituciones.

Entre las debilidades puede mencionarse la falta de armado de redes. Si bien fue considerada la difusión del carné a otras mujeres, no hubo una activación de redes sociales. El trabajo empezó y terminó con los integrantes del equipo de salud del Servicio sin la participación activa de las usuarias, quienes podrían haber armado redes favorecedoras del intercambio de mensajes entre las mujeres. Cabe señalar que la opinión de las usuarias fue tomada en cuenta en la etapa correspondiente a la investigación pero, por los motivos de diversa índole que inciden en la realización de experiencias y proyectos y que exceden el alcance de este artículo, no se incluyó en el diseño y la primera aplicación del carné.



Otra debilidad es la ausencia de investigaciones para observar el comportamiento del carné una vez instalado. Desde el lado de las usuarias del servicio/ destinatarias del mensaje hubiera sido conveniente realizar un estudio cualitativo de recepción de mensajes a corto plazo y un estudio de medición del impacto del carné en la asistencia a la consulta en un plazo mayor, por lo menos después de haber transcurrido un año desde la entrega. Desde el lado del equipo de salud, también hubiera sido conveniente realizar un estudio para observar los beneficios y las dificultades que encuentran en el carné de manera tal que futuras versiones de esa pieza comunicacional puedan ser mejoradas tomando en cuenta la perspectiva de los actores intervinientes. Otro aspecto a considerar es la inclusión del personal de salud administrativo y su entrenamiento en habilidades comunicacionales para que refuercen el uso del carné.

La creación del carné fue una etapa colmada de fortalezas y de buenas intenciones de los actores. No obstante, la aplicación estuvo atravesada por los conflictos y las tensiones propios de las relaciones de poder instituidas. La principal debilidad, que en general afecta a todo cambio y en especial a la comunicación social, estuvo dada por la dificultad para construir una cultura institucional de cuidado, de la cual la pieza producida fuera sólo una parte. Son las instituciones y el Estado, más que los sujetos, los encargados de construir una cultura de la prevención y el cuidado al definir estratégicamente el rol de la comunicación en las instituciones de salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Las reflexiones anteriores evidencian que ya sea que se trate de la definición de una campaña de interés público o de la creación de una cultura organizacional basada en un proceso comunicacional participativo requieren identificar objetivos comunicacionales, seleccionar públicos, medios y mensajes, y generar piezas comunicacionales. Los hallazgos de investigaciones, que como toda investigación estará enmarcada en una perspectiva teórica, son las principales fuentes para que esa identificación y diseño abrevien.

El campo sociocomunicacional de la salud se constituye con interrogantes inter y transdisciplinarios procedentes de la salud y la comunicación. Algunos de los principales aspectos a considerar son los relacionados con los factores y la estructura sociales (en lugar de actitudes y comportamientos individuales); las intervenciones comunitarias y el espacio público político (en lugar de variables individuales y psicológicas); y una concepción activa y heterogénea de la recepción.

No obstante lo realizado, el trabajo a llevar adelante en el futuro es el planteo de las temáticas sociales en las cuales estén insertos los problemas y situaciones de salud a resolver comunicacionalmente (riesgo, medicalización, técnica etc.) y, por otro lado, la sistematización de las investigaciones empíricas y las experiencias ya realizadas para conocer qué de lo hecho puede tomarse (o no) para nuevas experiencias. Y así este campo joven estará a las puertas de su madurez.



REFERENCIAS

BELTRÁN, Luis Ramiro. Salud pública y comunicación social. Chasqui – *Revista Latinoamericana de Comunicación*, n. 63, 1998.

CASAS, Laura; CUBERLI, Milca; DEMONTE, Flavia. La comunicación en el ámbito de la salud: perspectivas para repensarla. *Salud y Población*, Buenos Aires, Dirección de Capacitación Desarrollo, Gobierno Ciudad Buenos Aires, n. 4, 2004.

CUBERLI, Milca. Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Revista Question*, Buenos Aires, Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad de La Plata, n. 18, junio 2008. Disponible en: <www.perio.unlp.edu.ar/question>.

GHITIA, Adriana et al. Buenos Aires Salud 2003: una experiencia innovadora de comunicación en salud. En: PETRACCI, Mónica; WAISBORD, Silvio (Comp.). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones, 2011.

DOUGLAS, Mary. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996.

GONZÁLEZ MOLINA, Gabriel. Publicidad y propaganda: reflexiones sobre la naturaleza heterogénea de la recepción. *Diálogos de la Comunicación*, Lima, Perú, Felafacs, n. 30, 1991.

GUMUCIO DAGRÓN, Alfonso. Haciendo olas: comunicación participativa para el cambio social. Informe para Fundación Rockefeller, 2002.

OROZCO GÓMEZ, Guillermo. El comunicador frente a la recepción. En: *Al rescate de los medios*. México: Universidad Iberoamericana, 1994.

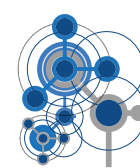
PETRACCI, Mónica. Las campañas... ¿De interés público? En: VACCHIERI, Adriana (Comp.). *El medio es la tv*. Buenos Aires: La Marca Editores, 1992.

Comunicación estratégica y salud: reflexiones sobre la experiencia de promover el papanicolau (pap) en un hospital público del Gran Buenos Aires, Argentina. *Question*, publicación académica de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad de La Plata, sección Informes de Investigación, Buenos Aires, n. 21, verano 2009.

PETRACCI, Mónica; WAISBORD, Silvio (Comps.). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones, 2011.

REGIS, Stella. Reflexiones sobre las prácticas de la comunicación en el campo de la salud. *Question*, Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad de La Plata, Buenos Aires, n. 13, mar. 2007. Disponible en: <www.perio.unlp.edu.ar/question>.

Recebido em: 20.04.2012 / Aceito em: 20.05.2012





As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue

The media, the health institutions and the population: convergences and divergences in communication concerning prevention of dengue

Los medios, las instituciones de salud y la población: convergencias y divergencias en la comunicación sobre la prevención del dengue

Inesita Soares de Araújo

- Doutora em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicações da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO-UFRJ)
- Pesquisadora do Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces) e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fundação Oswaldo Cruz
- Implantou e coordena o Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) da Fiocruz
- Atuou na interface com o meio rural, particularmente com a agroecologia e, posteriormente, na interface com a saúde, incluindo a saúde indígena
- Líder do Grupo Comunicação e Saúde do Diretório do CNPq
- Coordenadora do GT Comunicación y Salud da Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (Alaic)
- Membro do Grupo Técnico de Comunicação e Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)
- Autora de *A reconversão do olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social* (2000) e coautora de *Comunicação e saúde* (2007)
- E-mail: inesita@icict.fiocruz.br



Resumo

Apresenta-se uma pesquisa sobre a comunicação na prevenção da dengue. Com apoio em teorias da produção social dos sentidos, buscou-se compreender e comparar os discursos da mídia, das instituições de saúde e da população sobre a dengue. Foram analisados jornais e telejornais, fluxos de produção e circulação e conteúdos dos materiais informativos, além da realização de entrevistas com moradores de um conjunto de favelas. Os resultados incluem mapas das fontes e dos fluxos da comunicação sobre a dengue, bem como do fluxo de produção e circulação dos materiais das instituições. Entre as conclusões estão a circularidade dos discursos midiáticos e institucionais e a discrepância destes com os da população.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO E SAÚDE • DENGUE • MÍDIA • SAÚDE

Abstract

The text presents a research on communication in the prevention of dengue. Based on theories of social production of meanings, it was sought to understand and compare the discourses on dengue by the media, by health institutions and by the public. We analyzed newspapers and television newscasts, flows of production and circulation of informational materials, while also interviewing residents from a set of favelas (shantytowns). The results include maps of the sources and flows of communication on dengue and the flow of production and circulation of subject-matters of health institutions. Among the conclusions are the circularity of the media and institutional discourses and their discrepancy with those of the population.

KEYWORDS: COMMUNICATION AND HEALTH • DENGUE FEVER • MEDIA • HEALTH

Resumen

Se presenta una investigación sobre la comunicación en la prevención del dengue. Basándose en las teorías de la producción social de sentidos, se procuró comprender y comparar los discursos en los medios de comunicación, las instituciones de salud y la población sobre el dengue. Se analizaron los periódicos y los noticieros de televisión, flujos de producción y circulación de materiales informativos y además de la realización de entrevistas a residentes de un barrio periférico. Los resultados incluyen mapas de las fuentes y de los flujos de comunicación sobre el dengue, así como del flujo de producción y circulación de materiales de las instituciones. Entre las conclusiones se destaca la circularidad de los discursos mediáticos e institucionales y la discrepancia de éstos con los de la población.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN Y SALUD • DENGUE • MEDIOS DE COMUNICACIÓN • SALUD



A noite, a mãe rezava com o filhinho de quatro anos: “Santo Anjo do Senhor, meu zeloso guardador, já que a ti me confiou a piedade divina, me rege, me guarda...” A criança atalhou: “e me protege do mosquito da dengue”. Iniciamos relatando esse fato, ocorrido em agosto de 2008, na cidade de São Paulo, que não foi naquele ano particularmente atingida pela epidemia de dengue no país, para evidenciar um ponto que tem centralidade neste texto: a participação dos meios de comunicação na construção dos sentidos públicos da saúde. O garotinho de quatro anos vê televisão, seus pais, sua professora, seus coleguinhas também veem. A ameaça da dengue, construída simbolicamente em redes nacionais, alça outro personagem ao panteão infantil dos perigos da vida, ao lado do bicho-papão, da bruxa, do lobo mau, do coringa... Representações do mal contra o qual se deve combater e pedir proteção.

A relação entre meios de comunicação e saúde e, mais especificamente, entre meios e prevenção epidemiológica tem sido objeto de crescente atenção dos que se dedicam a estudar os fenômenos midiáticos, tanto do campo da comunicação como do da saúde. A forma mais corrente de processar essa avaliação é a que busca aferir o que as pessoas recordam ou o que entenderam das mensagens veiculadas nos meios de comunicação com conteúdos informativos sobre determinada doença.

Este texto apresenta algumas conclusões de uma pesquisa que, a partir de pressupostos que acusam a insuficiência dos resultados produzidos por esse tipo de avaliação e compreendem diferentemente o processo de produção social dos sentidos, particularmente dos sentidos da saúde, procurou inovar metodologicamente, oferecendo algumas outras respostas sobre as inquietações da sociedade e dos setores voltados aos temas da saúde coletiva. O texto acha-se dividido em três partes. Inicialmente, abordamos dimensões contextuais: situando a pesquisa no espaço institucional, localizando a temática da dengue no conjunto das preocupações da saúde e tratando dos conceitos teóricos centrais. Em seguida, apresentamos a pesquisa, nas suas dimensões de tempo, espaço e metodologia. A terceira parte é dedicada aos resultados da pesquisa.

CONTEXTOS

Lugar de fala

O lugar de onde se fala estabelece alguns dos parâmetros que regem nossa fala, sendo, portanto um elemento relevante nas condições de produção da comunicação. O lugar de onde falamos é a Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), instituição de saúde pública do Ministério da Saúde, formada por catorze institutos e centros de pesquisa, ensino, serviços e produção de vacinas e remédios. Na Fiocruz, nosso lugar é o Laces (Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde), que por sua vez integra o Iciect (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica).

No Laces pesquisamos e ensinamos sobre comunicação e saúde. A multidimensionalidade da comunicação e a heterogeneidade dos processos sociais nos impõem desafios, que buscamos



enfrentar: 1) descobrindo, apropriando e mesmo elaborando conceitos que nos aproximem dessa realidade multifacetada; e 2) experimentando e desenvolvendo métodos que permitam apreensão dos nossos objetos específicos, com suas características processuais, relacionais e transversais.

Em nossas pesquisas contamos com o frequente concurso de parceiros institucionais ou individuais, entre os quais gostaríamos de mencionar a pesquisadora Ana Paula Goulart Ribeiro (ECO-UFRJ), que esteve na gênese deste artigo, ao ter sob seus cuidados a análise de discursos que integrou a metodologia da pesquisa cujos resultados são aqui apresentados.

A dengue, a saúde e a comunicação

Mais de 2,5 bilhões de pessoas que habitam as regiões tropicais do planeta Terra correm o risco de contrair a dengue. Estimam-se em 100 milhões os casos anuais, no mundo, de febre dengue e 450 mil casos anuais da sua forma hemorrágica. Essa afirmação mostra bem a gravidade do problema que se apresenta ao campo da saúde.

No início da década de 1950, a dengue tornou-se uma causa importante de morbidade e mortalidade no mundo, após a ocorrência de algumas epidemias com crianças no sudeste asiático. Na década de 1980, o problema aumentou com epidemias no Brasil, na Bolívia, no Paraguai, no Equador e no Peru e, em fins de 1981, ocorreu no Brasil o primeiro surto da doença em que houve isolamento viral.

Já neste século XXI, em 2002 uma epidemia havia produzido devastação no país, com registro de quase 700 mil casos, particularmente no Rio de Janeiro, onde foram registrados mais de 249 mil casos. No biênio 2007-2008, a epidemia que atingiu o Rio de Janeiro e várias regiões do Brasil contribuiu para ampliar a preocupação com a dengue: ocorreram milhares de casos e centenas de mortes. Em 2008, só no estado do Rio de Janeiro foram 198.269 casos, com 242 óbitos notificados. Em 2011 foram registrados 697.998 casos no país, sendo 249.120 no Rio de Janeiro, com 134 óbitos¹. No momento em que este texto está sendo finalizado, em 2012, o boletim sobre a dengue que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro emite semanalmente indica que até o dia 14 de abril já foram verificados 40.252 casos da doença².

Ainda que poucos, os dados acima nos permitem entender porque a dengue é, atualmente, considerada a arbovirose³ mais importante entre as que afetam o ser

¹ Fonte: Site do Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância Sanitária.

² Fonte: Boletim Semanal da Dengue, 16/04/2012. Disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, www.rio.rj.gov.br/web/smsdc.

³ Um arbovírus é um vírus transmitido por artrópodes como os mosquitos. Podem causar doenças como a dengue, a febre amarela, a meningite, entre outras.



humano e se apresenta como um grave problema de saúde pública, não só no Brasil, mas no mundo. Não existindo ainda uma vacina eficaz e segura, sua prevenção ocorre por meio do combate ao vetor, o mosquito *aedes aegypti*. A vigilância epidemiológica, nesse caso, compreende tanto a notificação de casos clínicos como a busca ativa das larvas do mosquito. A participação da população é considerada um dos fatores mais importantes na erradicação dos locais que sirvam como criadouros.

A dengue, como todos os demais agravos da saúde, é um fenômeno multidimensional e como tal exige que seja considerado de forma multidisciplinar e multissetorial. Entre as dimensões relevantes está a comunicacional, compreendendo-se aí o processo de produção, circulação e apropriação das informações sobre sua prevenção e seu controle.

Mas a dengue não é um “problema de comunicação”: estando afeta ao campo das políticas públicas de saúde, é um problema complexo e demanda ações de pesquisa, desenvolvimento tecnológico, investimento público em infraestrutura e serviços etc. A comunicação é, neste caso e pelo nosso modo de ver, todo o processo que resulta na produção dos sentidos sociais sobre saúde e sobre a dengue em particular. Assim sendo, é crucial na possibilidade de implantação e apropriação das políticas públicas que visam à prevenção e ao controle da epidemia.

No entanto, a comunicação tem sido vista como um conjunto de instrumentos para disseminação da voz institucional, quase sempre configurando um rol de instruções sobre como a população deve agir em relação aos problemas de saúde. Mais recentemente, a partir dos anos 1990, o componente “mídia” adquiriu grande relevância, sendo mesmo muitas vezes considerado sinônimo de comunicação. A mídia produz reações apaixonadas no campo da saúde. Por um lado, representa uma de suas demandas, no sentido da aspiração de se ocuparem mais espaços de visibilidade pública. Por outro, é considerada uma antagonista, principalmente pelos pesquisadores e gestores que gostariam de ver retratados com mais fidelidade suas percepções e seus discursos sobre os temas da saúde e que recusam a pertinência e legitimidade de suas lógicas próprias de noticiabilidade. Por outro lado, ainda, os que fazem os meios de comunicação ressentem-se do hermetismo da abordagem dos pesquisadores e outros profissionais da saúde, da dificuldade de acesso à informação e da incompatibilidade dos ritmos vividos pelos dois setores (Araújo; Cardoso, 2007).

As epidemias da dengue, porém, como eventos que demandam um esforço coletivo e integrado para seu enfrentamento, vêm pondo em xeque os habituais posicionamentos e produzindo novas formas de articulação entre os meios de comunicação e as instituições de saúde.



Um olhar teórico (e suas reverberações metodológicas)

O entendimento da comunicação como um processo social de produção, circulação e apropriação dos sentidos (Verón, 1980), no qual essas etapas não ocorrem de forma linear e unidirecional, mas por meio de um movimento multipolar, multidirecional e multidimensional, determinou os rumos metodológicos da pesquisa. Diferentemente das pesquisas de comunicação mais correntes na saúde, que objetivam avaliar a adequação do dito ao compreendido (ideal dos modelos de base transfereencial, dominantes no campo), buscamos comparar os sentidos que emanaram dos enunciados midiáticos com aqueles dos materiais de comunicação direcionados à prevenção da dengue e, num segundo movimento, estabelecer uma contraposição com os expressos na fala das pessoas.

Esse procedimento pressupõe outros posicionamentos teóricos, que decorrem da abordagem produtiva do processo comunicativo: a partir do postulado da economia política do significante (Pinto, 1994), podemos dizer que esse processo caracteriza um mercado, que opera num nível simbólico e no qual as pessoas e comunidades discursivas (Maingueneau, 1993) negociam seu próprio modo de perceber e classificar o mundo. Nesse sentido, caracteriza-se uma concorrência simbólica pelo que Bourdieu (1989) chamou de “poder de fazer ver e fazer crer”, que é, ao fim e ao cabo, o poder de constituir as realidades.

Algumas palavras são chaves no entendimento desse processo. A principal delas, a nosso ver, é contexto. A importância da noção de contexto é tamanha, para a comunicação, que Pinto (1995) chegou a afirmar que a capacidade de comunicar é a capacidade de contextualizar. Em outros termos, poderíamos afirmar que a contextualização é condição de produção dos sentidos sociais. Os fluxos incessantes de informações que percorrem as redes materiais e virtuais são co-determinados por contextos de natureza diversa, assim como os interlocutores que movimentam essas redes são seres situados na confluência e conjugação de vários contextos. Ou seja, os sujeitos e as relações sociais são constituídos num espaço, num tempo e numa conjugação de fatores que exercem coerções sobre seu modo de ser. Inesita Araújo (2002), em sua sistematização de um modelo de comunicação para políticas públicas, confere realce a quatro tipos de contexto, que foram privilegiados na pesquisa que ora relatamos.

O contexto textual fala da relação de contiguidade entre textos na mesma superfície espacial ou temporal. Refere-se às situações de circulação e traz a ideia de que a posição dos enunciados em relação aos que lhe são próximos constitui condição de produção dos sentidos possíveis. O contexto intertextual, embora também se refira às relações entre textos, estas não dependem de proximidade física, ocorrendo seu efeito pela rede de semiose que é acionada a cada enunciação, que se nutre da memória discursiva particular dos indivíduos e coletividades. Esses dois contextos nos obrigam a descartar a análise dos textos como objetos autônomos e valorizam os processos de circulação e apropriação, entendidos como estratégicos na constituição dos sentidos sociais.



O contexto existencial diz respeito à posição dos interlocutores num tempo e num espaço particular: sua história de vida, seus grupos de pertença, gênero, classe, idade, sua experiência anterior com o referente de cada ato comunicativo, sua história de relações com as instituições e as políticas públicas etc. Já o contexto situacional referencia o lugar de interlocução (Araújo, 2002) das pessoas. Em outros termos, o lugar nas relações sociais que os interlocutores ocupam no momento de cada ato comunicativo. Não é um lugar de fala fixo, definido pela condição social ou institucional de cada um, mas constituído em situação e sujeito a múltiplas variáveis que, ao fim e ao cabo, definem a legitimidade da fala de cada interlocutor e seu grau inicial de poder em cada relação, a partir do qual ele desenvolve suas estratégias enunciativas.

Os quatro contextos nos obrigam a considerar, metodologicamente, as dimensões de textualidade, historicidade, prática social e, fundamentalmente, o lugar de interlocução dos sujeitos da pesquisa.

O outro conceito-chave que mencionamos é legitimidade, a qual para nós é condição de possibilidade de qualquer comunicação, mas no campo das políticas públicas adquire uma importância enorme. As comunidades discursivas só conseguem disputar espaço no mercado dos sentidos sociais se forem reconhecidas como legítimas em sua enunciação. Então, legitimidade é condição de reconhecimento, enquanto reconhecimento é condição de apropriação. Apenas estamos traduzindo em outras palavras aquilo que Bourdieu (1989) nos ensinou: qualquer que seja o capital de um interlocutor, ele só se converte em capital simbólico quando reconhecido como legítimo, sendo o poder simbólico resultante da posse do capital simbólico.

A articulação do modelo produtivo de Verón (1980) à teoria do poder simbólico de Bourdieu (1989) e a noção de contexto como principal operador metodológico foram os principais norteadores da configuração teórico-metodológica da pesquisa em pauta.

A concepção de comunicação modela nosso olhar sobre a prática social. Assim, onde outros modelos veem apenas o desafio de informar adequadamente sobre os modos de controle do mosquito transmissor da dengue, podemos, sob outro olhar teórico, perceber o funcionamento de um amplo e disputado espaço de comunicação, no qual comunidades discursivas (mídias, instituições, movimentos sociais da saúde, pessoas), a partir de seus próprios contextos, produzem e disputam sentidos sobre a dengue. Onde alguns modelos percebem a língua como um repertório de códigos, com significados estáveis, portanto transferíveis e decodificáveis, nossa perspectiva vê a língua como espaço estruturante das relações de poder e entende que o sentido não é transferível, mas produzido pela conjugação de inúmeros fatores e contextos, sempre situados historicamente. Enfim, o entendimento da comunicação como um processo permanente de produção, circulação e apropriação dos bens simbólicos, resultando na produção social dos sentidos, tem consequências sobre a metodologia de pesquisa: por um lado, substitui a busca de fórmulas comunicativas eficazes, própria dos modelos transferenciais, pela busca de um conhecimento sobre como os sentidos são produzidos; por outro, leva em conta o circuito produtivo por inteiro. Foi o que tentamos fazer e que passamos a relatar.



PESQUISA

Tempo, espaço e objetivos

A pesquisa “Avaliação da comunicação na prevenção da dengue” foi desenvolvida entre os anos de 2003 e 2007, na cidade do Rio de Janeiro, com apoio da Faperj Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), por meio do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP) da Fiocruz.

Coordenada pela equipe do Laces, com a participação, em alguns momentos, de outros pesquisadores da Fiocruz ou de centros de pesquisa⁴, seu objetivo principal foi testar um método de avaliação da comunicação nas políticas de saúde, especificamente na prevenção epidemiológica. O que se procurou foi contemplar três componentes da prática comunicativa na saúde que habitualmente são tratados isoladamente: o midiático, o da comunicação institucional e o relacionado à população (modos de apropriação dos dois anteriores). Assim, buscou responder às perguntas quanto aos discursos circulantes sobre a prevenção da dengue:

- O que os meios de comunicação falam e como falam sobre a dengue?
- O que falam e como falam as instituições? Como fazem circular sua comunicação?
- Como a população se apropria das informações e produz sentidos sobre a dengue?

Metodologia

Conduzimos a pesquisa em três movimentos paralelos: monitorando e analisando os dispositivos de enunciação de dois jornais impressos e dois telejornais; analisando materiais de comunicação das instituições de saúde que circularam no período estudado; obtendo a fala da população sobre a dengue. Vejamos cada um em separado.

Monitoramento e análise da mídia

De 2003 a 2006, nos períodos entre outubro e maio, monitoramos jornais impressos e telejornais, selecionados dentre os mais lidos ou assistidos pela população estudada. Assim, analisamos os jornais O Dia e Extra e, quanto aos

⁴ No Laces, a pesquisa foi coordenada por Inesita Araújo. Izamara Bastos e Wilson Borges se dedicaram ao monitoramento da mídia e à produção de boletins, bem como auxiliaram na análise dos discursos. Valéria Monteiro fez o mapa das fontes e dos fluxos da comunicação (figura 4). Outros integrantes do Laces participaram em momentos diferentes, aos quais agradecemos. Ana Paula Goulart Ribeiro (ECO-UFRJ) conduziu a análise dos discursos. Teresa Neves (DAB/Ensp/Fiocruz) fez o mapeamento do fluxo dos materiais institucionais (figura 3).

telejornais, o RJ TV (nas duas edições diárias) e o Jornal Nacional, todos da Rede Globo de Televisão. Sobre este material foi aplicada uma análise social de discursos, relacionando textos e contextos.

A escolha do período de monitoramento deveu-se ao fato de que, em geral, as ações de prevenção da dengue são intensificadas de novembro até fevereiro, período que corresponde, em média, ao pico da epidemia, podendo se estender dependendo do comportamento da doença. Os meses de verão são privilegiados porque fatores ambientais, como a maior incidência de chuvas e calor, estabelecem condições favoráveis para a proliferação do vetor nessa época do ano.

Mapeamento dos fluxos e análise dos materiais institucionais

Dentro da prática de controle e prevenção da dengue, são produzidos pelas instituições governamentais federais, estaduais e municipais materiais como cartazes, folhetos, cartilhas, outdoors, busdoors, anúncios televisivos, páginas de internet e outros. Para responder às perguntas sobre o que e como falam as instituições e como circulam sua comunicação, fizemos um mapeamento dos fluxos de produção e circulação desses materiais, do Ministério da Saúde (em Brasília) até a população, passando pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Os materiais, todos produzidos por alguma dessas instâncias públicas, foram também analisados em seu conteúdo.

Figura 1 – Exemplos de materiais impressos analisados na pesquisa



Figura 2 – Exemplos de materiais utilitários e virtuais analisados na pesquisa

Entrevistas com a população

Buscamos responder à pergunta “Como a população se apropria das informações e produz sentidos sobre a dengue?” fazendo entrevistas nos locais de moradia e em um evento de saúde que congregou grande número de pessoas. Como base de população para a pesquisa, escolhemos um complexo de favelas no município do Rio de Janeiro, denominado Complexo de Manguinhos. Com população então de 53 mil habitantes, o complexo apresenta precárias condições de vida e graves problemas ambientais, o que acentua a existência de condições propícias à proliferação do *aedes aegypti*. Havia a intenção de, além das entrevistas, serem utilizados outros procedimentos mais interativos, apoiados na cultura local. No entanto, o agravamento da situação de violência impediu o desenvolvimento da pesquisa de campo, obrigando-nos a reduzir o número de entrevistas no local e a cancelar as outras estratégias metodológicas.

Mesmo assim, foram feitas oitenta entrevistas no local, tendo como modo de composição de amostra a rede de relações sociais, pela importância destas no processo de produção dos sentidos. Outras 164 foram realizadas em evento que contou maciçamente com a presença da população local⁵. As falas foram analisadas tendo como contraponto as análises feitas dos discursos e dispositivos de enunciação midiáticos e institucionais.

⁵ O “Fiocruz pra você”, evento anual que promove a vacinação infantil contra a paralisia infantil com muita festividade e atividades lúdicas com dimensão educativa.



A par da análise discursiva, foram realizadas duas cartografias: uma dos fluxos de produção e circulação dos materiais institucionais e outra, das fontes e dos fluxos de informação sobre a prevenção da dengue, a partir da identificação da própria população.

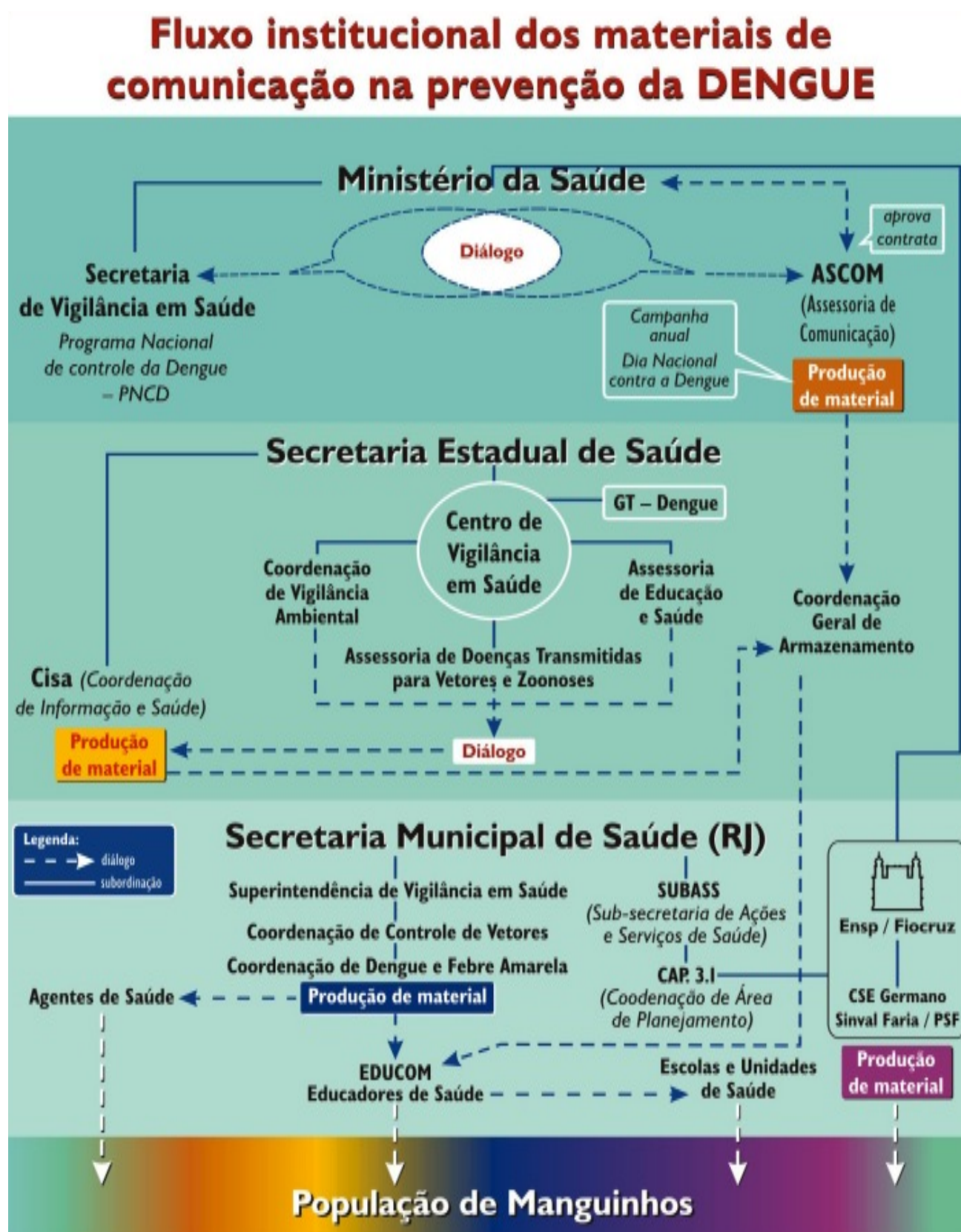
ALGUNS RESULTADOS E REFLEXÕES

A pesquisa produziu alguns resultados, entre os quais a proposta de um Observatório de Saúde na Mídia, atualmente estruturado e em atividade. Para este artigo, queremos destacar dois produtos – o desenho do fluxo dos materiais e o mapa das fontes e dos fluxos da comunicação sobre dengue – e tecer algumas reflexões que emanaram da comparação entre as três instâncias analisadas.

Fluxos de produção e circulação dos materiais de comunicação

A figura 3 mostra o desenho dos fluxos dos materiais produzidos pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estadual e municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o caminho e instâncias de mediação desde sua produção até a chegada à população de Manguinhos. Como os fluxos são dinâmicos e as estruturas organizacionais passam por constante modificação, é importante precisar que o mapa reflete uma janela temporal do final de 2006 ao início de 2007, período em que foram feitas as entrevistas e sessões de trabalho com assessores de comunicação e setores técnicos envolvidos. No diagrama, as linhas contínuas representam situações de subordinação, enquanto as pontilhadas indicam a presença de diálogo e negociação.

Figura 3 – Fluxos de produção e circulação dos materiais institucionais de comunicação para prevenção da dengue



Autoria: Teresa Cristina Neves (DAB/Ensp/Fiocruz).

Fonte: Pesquisa “Avaliação da comunicação na prevenção da dengue”.

Na figura 3 se pode observar a pluralidade de instâncias por que passa um material, da decisão sobre sua produção até seu recebimento pela população a que se destina. Cada uma dessas instâncias agrega sentidos, em algum nível, a esse material. O percurso longo resulta frequentemente em um elemento nefasto aos objetivos das instituições, que é a perda de *timing* em relação ao evento ao qual pretende dar cobertura.

Fontes e fluxos da comunicação sobre a prevenção da dengue

No âmbito da população, obtivemos um mapa das suas principais fontes e fluxos de comunicação sobre dengue (figura 4), às quais acrescentamos inferências a partir da análise dos núcleos midiático e institucional. Em azul, podemos ver as comunidades discursivas mais fortes, citadas com mais insistência pelos entrevistados como fontes relevantes: encontramos a televisão, a vizinhança, o posto de saúde, os agentes comunitários de saúde, a Sucam (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública)⁶ e a escola. Podemos também apreciar um fluxo marcante de informação do núcleo institucional para o núcleo midiático.

Figura 4 – Fontes e fluxos de comunicação sobre a dengue para a população do Complexo de Manguinhos (Rio de Janeiro, RJ)



Autoria: Inesita Soares de Araújo.

Produção gráfica: Valéria da Silva Monteiro.

Fonte: Pesquisa “Avaliação da comunicação na prevenção da dengue”.

⁶ A Sucam foi extinta há décadas, mas a população continua citando seu nome, para referir-se aos serviços que a substituíram, embora no nível municipal. Como se trata de um mapa de um universo simbólico, consideramos importante manter a referência, que indica algumas questões no âmbito das políticas públicas, da construção de legitimidade, que se reflete fortemente na esfera discursiva.



Reflexões inquietas

Convergências ou... Meu querido inimigo

A análise constatou uma acentuada convergência dos discursos das instituições com os da mídia. Esse resultado contradiz a percepção dos pesquisadores e de outros agentes do campo da saúde de que a mídia se contrapõe aos interesses da saúde. Se isto é verdade em outros temas, na prevenção epidemiológica da dengue, pelo menos no corpus estudado, isto não se verifica. Mídia e instituições de saúde falam a uma só voz, a primeira seguindo a pauta e amplificando as análises e orientações das segundas. Poder-se-ia levantar a questão se esse é um fenômeno restrito aos eventos epidemiológicos que requerem uma mobilização nacional para seu enfrentamento, permanecendo o antagonismo para outros assuntos, sendo este um tema para novas pesquisas.

As similaridades se apresentam também por outros aspectos

- O tema da dengue, como os demais, está subordinado às lógicas da noticiabilidade. Nos anos em que não há epidemia, não é noticiado. Da mesma forma, as instituições de saúde só se mobilizam e produzem comunicação quando explode uma epidemia.
- Tanto na mídia quanto nos materiais institucionais, constatamos um forte predomínio das falas autorizadas – instituições de saúde, médicos e cientistas. A fala dos demais atores, principalmente da população, só é utilizada para legitimar as falas autorizadas. Ou seja, as vozes da população são silenciadas e, na melhor das hipóteses, emolduradas e normatizadas.
- Ambas as instâncias discursivas desconsideram a existência prévia de um discurso higienista, que associa a doença à sujeira, operando o discurso preventivista de forma a-histórica e descontextualizada. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

A tv , mas também...

Olhando a figura 4, veremos que não há uma hierarquia entre mídia, vizinhança, escola, posto de saúde, os agentes comunitários de saúde, os da prefeitura e a escola. Essas comunidades discursivas estão no mesmo nível de importância porque assim foi enunciado pela população. Os entrevistados falavam “da tv”, mas também dos vizinhos, da tv, mas também do posto de saúde... Ou seja, a tv é muito importante como fonte de informação, mas ela não age sozinha, ela inter-age sempre com fonte interpessoais.



Outro ponto que chama nossa atenção é a importância, para os entrevistados, de agentes da prefeitura, voluntários e outras figuras comunitárias como os garis, que têm seu lugar de interlocução empoderado porque orientam e agem concretamente, o que obriga a considerar a existência dessas instâncias mediadoras locais como estratégicas em qualquer política de controle da dengue e de qualquer outro agravo da saúde. No entanto, como a mídia enfatizou muito o papel dessas figuras, não é possível estabelecer até que ponto a percepção da população se faz de forma independente da construção midiática.

Emerge aí uma questão importante e interessante: a da impossibilidade de separar os discursos dos vários atores sociais dos discursos midiáticos, à qual voltaremos mais adiante.

Divergências ou... Eu sou mais eu

A análise confirmou a existência de discrepâncias entre a lógica que organiza a prática comunicativa das instituições e a lógica de apropriação da população dessa comunicação. Entre elas:

- A abordagem conferida pelos materiais institucionais descontextualiza a dengue. Pautados pelos modelos transferencial da comunicação e normativo da saúde, eles apresentam um conjunto de informações sobre os procedimentos a serem adotados, acompanhados de convocação à ação. Em contrapartida, a população contextualiza a doença nas suas condições de vida e nas políticas públicas. A dengue é apenas uma das consequências das precárias condições de moradia, saneamento, coleta de lixo, educação e acesso à informação específica e contextualizada⁷.
- Os materiais partem de um “degrau zero”, como se nenhuma comunicação tivesse havido até ali, nenhum saber tivesse sido elaborado, nenhum discurso tivesse circulado antes do seu. Agindo assim, entre outros equívocos, terminam por desconsiderar a existência de um discurso anterior construído solidamente por décadas pelas instituições de saúde, de caráter higienista, que associa doença a sujeira. Essa memória discursiva “age” sobre a informação nova, baseada em outra associação, a da doença com água limpa, ampliando o arco da formação do imaginário das pessoas, que, na falta de um debate que releve seus conhecimentos prévios, desenvolvem suas próprias inferências.
- A população sabe o suficiente para prevenir a dengue, mas tende a só agir nesse sentido quando é afetada de perto pela doença. Isso não ocorre apenas com a dengue, diga-se de passagem, nem só com as classes populares, sendo um fenômeno mais abrangente. De qualquer modo, aponta para a insuficiência dessa forma única de fazer comunicação, que é a informação massiva e descontextualizada.

⁷ Em outros termos, “determinantes sociais da saúde”, conceito irreversível na saúde, mas que a comunicação parece desconhecer solenemente, assim como os determinantes não incluem a comunicação.



A “promiscuidade” discursiva

Uma constatação da pesquisa que nos instiga é a da dificuldade e mesmo impossibilidade metodológica e analítica de distinguir os discursos das várias comunidades discursivas, tanto entre elas (em seus produtos) como na fala da população. O processo de crescente midiatização da sociedade (Sodré, 2002; Fausto Neto, 1990) e o fato de a média se apropriar tanto dos discursos institucionais como da fala da população produzem uma mútua constitutividade discursiva, fazendo com que os métodos disponíveis sejam insuficientes para deslindarmos essa trama discursiva e distinguirmos com nitidez o que é e o que não   midiático, o que prov m das instituições ou de outras fontes.

Poderíamos, porém, perguntar: É importante saber isso, nestes novos tempos de convergência tecnológica, mas também de abertura de outros e potentes espaços de circulação de sentidos? Nossa tarefa precípua seria deslindar essa trama? Que vantagem isso nos traria, num mundo que se constitui cada vez mais dentro das lógicas midiáticas e virtuais? Por outro lado, que outras preocupações o campo da comunicação e saúde precisaria ter, nesse âmbito? Algumas respostas podem ser sugeridas, entre elas o desafio de compreender melhor o papel desestruturante das tradicionais vozes autorizadas que a internet vem tendo. Estamos falando, por exemplo, no “Dr. Google”, que vem mudando a relação médico-paciente, do paciente não só dos planos de saúde, mas também do SUS. Ou nos blogs dos portadores de patologias, de onde não só se reivindica, mas se questionam os discursos preventivista e da promoção da saúde, dominantes na saúde pública. A “Gato-Net” é hoje uma realidade contundente nas favelas, assim como a inclusão digital feita pelas *lanhouses*, e este é um movimento que cresce celeremente (provavelmente, se a pesquisa fosse repetida hoje, o mapa das fontes e dos fluxos traria a internet entre as instâncias mais citadas). Poderíamos também pensar na necessidade de estudos sobre o modo pelo qual as instituições de saúde vêm ocupando os espaços virtuais, aparentemente em grande medida reafirmando ali as velhas práticas centralizadoras da fala e prescritoras de comportamentos.

Nesse sentido, acreditamos que a perspectiva teórica da produção social dos sentidos, fortalecida por uma análise social de discursos que aceite o desafio dos novos tempos, apresenta-se como elemento central nesse esforço de compreender os processos atuais de constituição dos sentidos da saúde e nos ajudar a agir produtivamente sobre eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da nossa pesquisa apenas se aproximam do muito que precisamos compreender dos processos de produção social dos sentidos sobre saúde, bem como da identificação dos incontáveis discursos circulantes. A própria m dia d  lugar a enunciados que emanam dos mais diversos lugares, assim como outros locais se constituem como espaços de circulação de uma fala que ora concorre e ora   sinérgica com aquelas aqui analisadas, como a os laboratórios, a das escolas etc. Por outro lado, algumas de nossas constatações apenas reafirmam, em outras bases, o que já se sabia e já foi amplamente criticado.



O mapa do fluxo de produção dos materiais nos mostrou um cenário de grande investimento institucional numa prática que já se esgotou. Eles são a face mais visível da comunicação de viés campanhista, de natureza prescritiva e normativa, produzida centralmente, que ignora as forças vivas da sociedade, as quais poderiam, se consideradas numa estratégia redistributiva do poder de falar e ser ouvido, trazer à cena outras vozes, outros saberes e outras histórias, habitualmente não percebidas ou consideradas dissonantes.

Uma estratégia como essa levaria a dialogar com outros discursos circulantes, permitindo contemplar a informação epidemiológica local, que seria talvez o maior fator mobilizador da ação coletiva em prol do controle epidemiológico. Por outro lado, criaria melhores condições para a efetivação de um debate nacional envolvendo não só os pesquisadores, sanitaristas, médicos e gestores, mas também, e sobretudo, a população mais pobre, em geral a maior vítima das epidemias.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Inesita Soares de. *Mercado simbólico: interlocução, luta, poder*. Um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

_____. *A reconversão do olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000.

ARAUJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

FAUSTO NETO, Antônio. Fragmentos de uma “analítica” da midiatização. *Matrizes*, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 2, p. 89-105, 1990.

MAINGUENEAU, Dominique. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes, 1993.

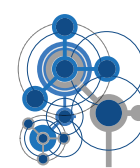
PINTO, Milton José. *As marcas linguísticas da enunciação: esboço de uma gramática enunciativa do português*. Rio de Janeiro: Ed. Numen, 1994.

_____. *Comunicação & discurso: introdução à análise de discursos*. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

SODRÉ, Muniz. *Antropológica do espelho: por uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis: Vozes, 2002.

VERON, Eliseo. *A produção do sentido*. São Paulo: Cultrix, 1980.

Recebido em: 22.04.2012 / Aceito em: 23/05.2012





Comunicação para a saúde em ambientes colaborativos: o empoderamento do paciente

Health communication in collaborative environments: the empowerment of the patient

Comunicación para la salud en ambientes colaborativos: el empoderamiento del paciente

Arquimedes Pessoni

- Mestre e doutor em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp)
- Graduado em Jornalismo pela Umesp
- Professor do Programa de Mestrado em Comunicação e de graduação na Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)
- Docente-colaborador da disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)
- Vice-presidente (2011-2012) do Centro de Estudos de Saúde Coletiva (Cesco) da FMABC
- Autor de *Comunicação & saúde: parceria interdisciplinar* (2006)
- Tem experiência na área de comunicação, com ênfase em saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, comunicação científica, comunicação organizacional e assessoria de imprensa
- E-mail: pessoni@uscs.edu.br



Resumo

O texto discute o empoderamento por parte do paciente no novo ambiente comunicacional 2.0 que impacta nas relações com os profissionais de saúde, os quais passam a ter menos controle sobre as ações dos pacientes. Estes saem de uma posição reativa para uma nova postura, proativa, discutindo sobre seu estado de saúde e experiências de outros pacientes com a mesma enfermidade – todas obtidas a partir do uso da internet.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE • AMBIENTES COLABORATIVOS • PACIENTE

Abstract

The article discusses the empowerment of the patient in the new 2.0 communication environment, which impacts the relations with health professionals who now have less control over the actions of patients. The latter rise from a reactive position to a new proactive posture, discussing their health conditions and the experiences of other patients with the same illness – all of which obtained from use of the Internet.

KEYWORDS: HEALTH COMMUNICATION • COLLABORATIVE ENVIRONMENTS • PATIENT

Resumen

Este artículo discute el empoderamiento por parte del paciente en el nuevo entorno de comunicación 2.0 que afecta las relaciones con los profesionales del sector de salud, quienes pasan a tener menos control sobre las acciones de los pacientes. Estos salen de una posición reactiva a una nueva postura, proactiva, discutiendo sobre su estado de salud y experiencias de otros pacientes con la misma enfermedad - todos obtenidos a partir de la utilización de internet.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN PARA LA SALUD • AMBIENTES COLABORATIVOS • PACIENTE



O velho modelo de atendimento e comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, de modo presencial, em que o paciente desconhecia os males de seu corpo e o médico era o detentor único da sabedoria, ganhou novos contornos a partir do surgimento da internet. Com o conhecimento literalmente na ponta dos dedos, os novos pacientes contam com o Dr. Google para saber mais sobre suas dores, sintomas e males. Informação é poder e o empoderamento dos pacientes cresce a cada dia.

Assim como Markham e Bayam (apud Fragoso, Recuero; Amaral, 2011, p. 23), optamos pela grafia da internet com “i” minúsculo, assim por eles justificada:

Internet” é muitas vezes escrito com “I” maiúsculo. Nós preferimos manter a letra minúscula “i” de acordo com as tendências atuais dos estudos de internet. A utilização de maiúsculas sugere que “internet” é um nome próprio e implica que se trata ou de uma pessoa, como Nancy ou Annete, ou de lugares específicos, como Meddison ou Lawrence. As duas metáforas conferem à internet uma capacidade que são melhor [sic] atribuídos àqueles que a desenvolvem e utilizam.

Esse aumento de informações oferecido nas redes nem sempre é bem-visto pelos profissionais da saúde. Alegam fontes duvidosas e acenam com possibilidades de risco de vida caso os pacientes procurem tratamentos não monitorados por aqueles que estudaram para isso. Faz sentido, nem toda informação disponível na web tem qualidade garantida. Conhecer como as pessoas fazem uso das informações sobre saúde obtidas na internet e como essas afetam o relacionamento com os profissionais de saúde é de suma importância numa sociedade que tende à conexão em massa. Essa nova forma de contato entre usuários da rede e os profissionais de saúde que os atendem passa a se dar de forma mais colaborativa, com o grau de hierarquia entre os atores começando a ocorrer de forma menos vertical para outra mais horizontal, dando mais poder ao paciente no que tange às decisões sobre seu próprio corpo. No caso específico da saúde, mais do que nunca informação é poder e, quanto mais bem informado, mais possibilidades de sucesso em seu tratamento o paciente obtém.

A INTERNET MUDA PARADIGMAS

A internet, ou, mais especificamente, o domínio www, como nós o conhecemos, completará vinte anos de existência em 2013. No dia 30 de abril de 1993, a Organização Europeia de Pesquisas Nucleares (Cern) apresentou um documento declarando que o programa World Wide Web era de domínio público. No mesmo ano, começaria a se disseminar o acesso à rede. No Brasil, a internet só foi liberada para uso comercial em 1995 e teve, como já ocorrera em outros países, um crescimento exponencial nos anos seguintes. A internet renovou as perspectivas para a comunicação em saúde. Enquanto a comunicação de massa deve fazer campanhas falando em geral dos temas de saúde, porque alcança uma audiência heterogênea, a rede de computadores, por

ser acessada individualmente, pode responder a dúvidas específicas, oferecendo a informação sob medida, com o grau de profundidade que o usuário procura (Soares, 2004).

Como um grande consultório virtual, a internet oferece informações de todo o tipo e nem sempre com qualidade. Como é um espaço onde tudo pode ser publicado, os pacientes precisam estar atentos às fontes. O presente artigo procura salientar a horizontalização das informações sobre saúde e doenças em grupos de discussão especificamente criados para esse fim dentro de redes sociais, como, por exemplo, o Yahoo Groups, o Facebook e o Orkut. Para tanto, partiu-se da metodologia da pesquisa bibliográfica com base no acerto do Capes Periódicos. Segundo Stumpf (2005, p. 51), a pesquisa bibliográfica,

num sentido restrito, é um conjunto de procedimentos que visa identificar informações bibliográficas, selecionar os documentos pertinentes ao tema estudado e proceder à respectiva anotação ou [ao] fichamento das referências e dos dados dos documentos para que sejam posteriormente utilizados na redação de um trabalho acadêmico.

Conforme salienta Eliane Vargas (2010), embora os usos da internet na saúde coletiva ainda sejam pouco estudados, esse tema tem emergido de forma crescente. Isso ocorre tanto entre pesquisadores interessados na popularização da ciência e da divulgação científica, quanto entre os que dedicam sua análise à obtenção de informações, ao autocuidado em saúde e ao impacto dos meios e das mediações nas relações médico-paciente. A autora lembra que alguns dos autores assinalam a diversidade de repertórios e informações disponíveis na internet, caracterizando-a como um espaço de popularização da ciência e de promoção da saúde. Para a pesquisadora, outras análises apontam as possibilidades do uso da internet como instrumento de ação de empoderamento (*empowerment*), compreendidas a partir da problematização do caráter autônomo das mediações na relação do homem com o corpo e a mente. Essas distintas perspectivas podem ser relevantes para a compreensão dos usos da internet como um recurso a serviço da divulgação científica, bem como para a promoção da saúde, e de suas implicações para a existência individual e coletiva (Vargas, 2010).

Pesquisas com médicos têm explorado o impacto das informações de saúde baseadas na internet na relação médico-paciente. Em um estudo realizado nos Estados Unidos com uma amostra nacionalmente representativa de 1.050 médicos, Murray et al. (2003) relataram que 38% acreditam que o uso de informações da internet pelos doentes tem um efeito benéfico sobre a relação médico-paciente, enquanto 54% não relataram nenhum efeito. Uma minoria dos médicos (8%) identificou um agravamento do relacionamento devido ao fato de os médicos se sentirem "desafiados" pelos pacientes. Da mesma forma, uma pesquisa *online* com oitocentos médicos webalfabetizados concluiu que os benefícios para os pacientes do uso da internet superam os danos, mas que ela apresenta mais problemas do que benefícios para os médicos. Esses estudos demonstram que alguns médicos têm dificuldades com os pacientes "internetesclarecidos", mas não é clara a razão de os médicos se sentirem desafiados (Ahmad et al., 2006).



Estudo realizado pela London School of Economics and Political Science, denominada Bupa Health Pulse 2010, com 12.262 pessoas de doze países (inclusive o Brasil), registra como e por que as pessoas procuram informação sobre saúde na rede e como lidam com profissionais de saúde a partir dessas informações. Os dados apontam que 46% dos pesquisados estão procurando conhecer a experiência de outros pacientes e que, pelo menos seis em dez pesquisados fazem algum uso da internet para buscar informações sobre saúde, medicamentos ou orientações médicas. A pesquisa sugere, também, que há muitos benefícios econômicos com o aumento do acesso a informações de alta qualidade *online*. Ressalta que, particularmente, pode ajudar a reduzir o número inapropriado de consultas aos profissionais de saúde, uma vez que os pacientes em potencial estão aptos a procurar pelos sintomas usando informações mais confiáveis. Isso acarreta um potencial empoderamento por parte de pacientes para fazer escolhas mais conscientes sobre sua saúde e sobre cuidados, e poderia ajudar grupos de população que não conseguem fazer o contato face a face com profissionais de saúde (McDaid, Park, 2010).

UNIDOS PELA DOR

A organização de grupos de apoio *online* promove, também, a construção de um capital social que pode beneficiar a muitos pacientes com o mesmo problema. Para Bourdieu (1983, apud Recuero, 2010, p. 46), o capital social é o agregado de recursos atuais e potenciais, os quais estão conectados com a posse de uma rede durável, de relações de conhecimento e reconhecimento mais ou menos institucionalizadas, ou, em outras palavras, à associação a um grupo – o qual provê cada um dos membros com o suporte do capital coletivo. Para Raquel Recuero (2010, p. 54), o capital social pode auxiliar na compreensão dos laços sociais e do tipo de rede social formada por meio das ferramentas sociais observadas na internet. Segundo a autora, é preciso estudar não apenas a existência das conexões entre atores nas redes sociais mediadas por computador, mas, igualmente, estudar o conteúdo dessas conexões, por meio de suas interações e conversações.

Ainda abordando a temática capital social, lembramos Heloiza Matos, quando, citando os pesquisadores Barry Wellman e Bernie Hogan (2006), afirma que ambos argumentam que a internet contribuiria para todas as formas de contato, interpessoal, intra e interorganizacional, promovendo o aumento do capital social:

Longe de distanciar as pessoas, ela favorecia sua proximidade. Também acreditam que o uso de um meio levaria ao uso de outros: se mais pessoas se comunicarem usando pelo menos um dos meios, mais pessoas se comunicarão pela internet. Assim, comunicações mediadas tendem a aumentar a rede de relacionamentos (Matos, 2009, p. 140).



Em pesquisa qualitativa que teve como universo 175 pacientes com câncer, usuários da internet, Sue Ziebland et al. (2004) mapearam quando e por que esses pacientes usavam a internet: (a) antes de visitar o médico (para descobrir o possível significado de um sintoma); (b) durante investigações (para confirmar se o médico está pedindo os testes corretos, para se preparar para os resultados); (c) depois do diagnóstico (para recolher informações sobre a doença, procurar dicas de como dar a notícia às crianças, contatar grupos de apoio *online*, procurar por segunda opinião médica, conhecer os estágios da doença, interpretar o que os profissionais da saúde disseram); (d) quando escolhem o tratamento (informações sobre o tratamento e seus efeitos colaterais, tratamentos experimentais, pesquisas, alternativas); (e) antes do tratamento (para saber o que levar ao hospital, o que vai acontecer, como será a recuperação, como preparar perguntas aos médicos); (f) acompanhamento no curto prazo (informações sobre os efeitos colaterais, sobre dietas, verificar benefícios terapêuticos); e (g) acompanhamento no longo prazo (para dividir experiências, contatar grupos de apoio e salas de bate-papo, fazer perguntas anônimas).

Há quem veja essa nova forma de relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde através do prisma econômico-psicológico. Quando o médico ou alguém capacitado a informar está a apenas um teclado de distância, evitando deslocamentos desnecessários e toda a infraestrutura para que haja uma consulta, os custos tendem a ser reduzidos tanto para pacientes como para serviços de saúde. Paula Mariana da Silva e Carmen Maria Juliani (2009) acreditam que a internet também pode ser uma valiosa fonte de informações para consumidores. Ela pode facilitar o contato e o fornecimento e apoio emocional para pacientes e seus parentes ou amigos, particularmente em casos de doenças graves recentemente diagnosticadas, por meio de e-mails, participação em listas de correspondência eletrônica, grupos de apoio *online* e *web sites* sobre o respectivo problema de saúde. O acesso à informação oferecida pela internet auxilia a melhorar o senso de controle do consumidor assim como a sua habilidade em participar ativamente em tomadas de decisões em cuidados com a saúde, com melhores resultados psicológicos. As autoras acreditam que outros pesquisadores têm sugerido que a internet também pode melhorar as estratégias de autocuidado e reduzir custos com a saúde (Silva; Juliani, 2009). Pesquisas mostram que, enquanto os grupos mediados por computador são um fenômeno relativamente recente, seu crescimento e sua popularidade garantem um exame das questões teóricas que podem influenciar o modo como o apoio social é comunicado dentro desse ambiente e possíveis efeitos na saúde (Wright; Bell, 2003).

A procura por informações é uma marca significativa das interações na internet e reflete a importância da figura do especialista na interpretação do tema, tão evidente que, por vezes, os participantes alertam os novos visitantes para o limite dessa colaboração, uma vez que sempre é preciso consultar um profissional qualificado. Por fim, para os seus participantes, grupos de discussão com essas características cumprem uma função interativa e podem consistir, ainda que com limites, em fonte de dados e em material de análise sobre o tema (Vargas, 2010).

Os grupos de discussão, abrigados em portais e, mais recentemente, em redes sociais, são uma forma encontrada pelos pacientes para localizar pessoas que padecem dos mesmos males – às vezes, raros – no mundo inteiro e trocar informações sobre condutas, limitações e tratamentos que as doenças vêm recebendo. O formato desses grupos permite a postagem para o grupo a ser lida por todos os membros, dando aos participantes acesso a múltiplas fontes de informação e diversos pontos de vista sobre as questões. Barry Wellman (apud Wright; Bell, 2003) descreve redes de computadores como "redes sem limites", sendo as relações dentro desse tipo de rede "geralmente mais ligadas a outras, agregando os mais diversos círculos sociais e, portanto, aptas a serem fontes de novas informações".

A internet desempenha um papel importante para as pessoas que precisam do apoio dos outros devido às aflições da sociedade que as estigmatizam. Grupos de apoio mediados por computador oferecem um fórum para as pessoas que se sentem estigmatizadas por suas condições de saúde para divulgar informações pessoais com uma sensação de segurança. A sensação de segurança é devida, em parte, ao anonimato (ou pelo menos ao uso de pseudônimo) de comunicação *online*, que oferece às pessoas uma oportunidade de falar sobre seus problemas com outras pessoas que lidam com os mesmos problemas, sem todas as complicações das relações face a face (Wright; Bell, 2003).

Entretanto, enquanto em grupos de discussão fechados – como Yahoo Groups – o anonimato ou, pelo menos, a baixa exposição é garantida, em outras redes sociais como Facebook e Orkut os depoimentos são mais abertos a quem não pertence a essas comunidades de discussão. Isso dá visibilidade – nem sempre bem-vinda – a problemas pessoais que muitos pacientes não gostariam de dividir com o mundo, mas apenas com um seleto grupo de pessoas que dividem o mesmo problema. Jacqueline Bender, Maria-Carolina Jimenez-Marroquin e Alejandro Jadad (2011), ao estudarem a presença de grupos virtuais que trabalhavam com a temática de câncer de pulmão na plataforma do Facebook, classificaram em quatro tipos os grupos estudados: (1) os que buscam captar fundos para financiar pesquisas, produtos, eventos ou serviços ligados à doença; (2) os grupos de sensibilização, que buscam chamar à atenção para a doença e a importância da prevenção; (3) os grupos de apoio, criados para encontrar informações e discutir necessidades emocionais dos sobreviventes da doença ou amigos e familiares afetados de forma indireta; (4) os grupos criados para promover um *site* externo ao Facebook com vistas a angariar fundos para pesquisa.

Malin S. Elm (2009, apud Fragoso et al., 2011, p. 21) classifica os ambientes *online* em quatro níveis de privacidade, os quais, embora não constituam categorias estanques, seriam discerníveis. São eles: público (aberto e disponível a todos); semipúblico (requer cadastro ou participação); semiprivado (requer convite ou aceitação); e privado (requer autorização direta). Para o autor, essa classificação sugere a possibilidade de trabalhar os dados encontrados na rede conforme o tipo de situação em que foram disponibilizados. Ele exemplifica que a publicação de dados ou opiniões em um sistema aberto ou semipúblico implicaria que os mesmos poderiam ser traba-



lhados e divulgados pelos pesquisadores sem necessidade de autorização das pessoas que os originaram, ou às quais eles dizem respeito.

No que tange à comunicação em saúde nas redes sociais, Robert Steele (2011) registra que esta se dá das seguintes formas: interações paciente-paciente; interações entre profissionais da saúde e pacientes; interações entre responsáveis pela saúde pública e consumidores; interações entre pacientes e pesquisadores; e interações entre pacientes e corporações. O autor lembra que a interação com esses diversos públicos capacita o paciente e com cada segmento há um tipo de envolvimento e capacitação, dando mais capacidade ao paciente de conhecer melhor a si mesmo e a doença que o acomete.

MUDANÇA DE PAPÉIS NA SAÚDE

Apesar de os serviços de saúde serem lentos para usar e-mail na comunicação médico-paciente, é importante para os profissionais de saúde entenderem que, na era digital, o seu papel está mudando à medida em que eles têm de, cada vez mais, atuar como guias de saúde, mediadores e corretores de informação aos pacientes e consumidores. A resistência profissional à aplicação da internet e de serviços de e-mail nos cuidados de saúde continua a ser um obstáculo significativo para a realização de novas tecnologias. Parte desse potencial está na oportunidade de contato com pessoas que podem ter necessidades de saúde, mas acham que outros tipos de comunicação podem ser constrangedores ou difíceis de iniciar. Assim, é fundamental para os profissionais de saúde compreender não apenas como novos serviços de informação estão afetando a prestação de cuidados de saúde, mas também como as tecnologias digitais estão rapidamente formando e evoluindo para práticas comunicativas contemporâneas (Harvey et al., 2008).

Nesse sentido, o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o *empowerment* (empoderamento), processo no qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos. O conceito de *empowerment* tem sido examinado em diversas disciplinas e campos profissionais, recebendo larga variedade de definições e cobrindo diferentes dimensões – individual, organizacional e comunitária. O *empowerment*, como processo e resultado, é visto como emergindo em um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder. No nível individual, refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria de sua situação de vida. Amplamente usado no que concerne à sociedade civil e no contexto dos cuidados de saúde, o conceito de *empowerment* faz referência a movimentos de busca de reconhecimento das demandas das minorias, ou seja, a busca de algum grau de poder de influência (Andrade; Vaitsman, 2002).



A discussão sobre redes, apoio social e *empowerment* chama a atenção para o saber e o poder que os próprios pacientes, organizados em comunidades e movimentos, podem adquirir para influir nas várias dimensões de sua saúde, desde a interferência sobre as próprias condições individuais, até as condições de funcionamento e atendimento dos serviços de saúde (Andrade; Vaitsman, 2002).

Este papel do paciente pode ser expandido enormemente e facilitado pela utilização de tecnologia baseada na web em associações de doentes. O uso da internet para a saúde permite que os pacientes sejam mais bem informados e envolvidos no seu processo de cuidados de saúde, certificando-se de que uma utilização mais adequada dos recursos da saúde possa ser feita. É evidente que os pacientes tendem a ficar mais informados, engajados, envolvidos e no controle com o emprego crescente da internet. Com isso, a sociedade se move além do conceito de um *e-paciente* como uma pessoa que é apenas informada sobre a sua saúde pela web (o paciente informado) a alguém que também está comprometido, capaz e habilitado. Isso muda o papel de profissionais e pacientes e como eles interagem uns com os outros. Os pacientes agora podem se envolver em ações individuais, dirigidas, contínuas e participativas (Guillamon et al. 2010).

A interação resultante entre pacientes, profissionais e pesquisadores mostra-se semelhante a uma pirâmide, com os pacientes ocupando o topo como os principais atores do sistema de saúde. Os pacientes não são vistos como passivos, esperando para receber tratamento e cuidados, sem questionar nada, mas fala-se deles, em termos tais como a colaboração, onde o papel do doente será influenciado por seu acesso às novas tecnologias, quer individualmente ou no contexto de organizações de doentes (Guillamon et al. 2010).

As pessoas estão cada vez mais usando a internet como uma importante fonte de informações relacionadas à saúde. As comunidades *online* sobre saúde são espaços privilegiados de conhecimento empírico, mas também aparecem para servir de apoio emocional, conectando pessoas que tenham condições semelhantes ou possam ter empatia com as experiências dos outros. A confiança é fundamental para a continuação do funcionamento desses fóruns, pois cada consumidor de apoio é normalmente identificado apenas por um pseudônimo, informações pessoais importantes muitas vezes são reveladas e as consequências de agir em pareceres incorretos podem ser graves. Portanto, estudos de comunidades estabelecidas indicam que um significativo nível de confiança se desenvolve entre as pessoas nestes fóruns (Fan et al., 2010).

Estudo de Maira Pinto C. Rodrigues (2011) feito com pacientes com lesão medular mostrou que as diferenças da influência da internet, da frequência e do tempo de acesso existentes antes e após a lesão medular, foram estatisticamente significativas. Numa parte de sua pesquisa, executada por meio de grupos focais, a autora verificou que a percepção dos integrantes desses grupos foi de que o impacto do uso da internet é, predominantemente, positivo e favorável à qualidade de vida. Segundo a autora,



Esse uso é diversificado, com ênfase na busca de informações sobre a lesão medular e na interação social com outras pessoas nessa mesma condição, sendo que essas características relacionam-se com os princípios da reabilitação. No entanto, ele pode ser influenciado prejudicialmente pelas condições sociais e emocionais do usuário, pela maneira que esse recurso é utilizado, e pela falta ou excesso de informações. Conclui-se que os serviços de reabilitação e seus profissionais devem estruturar suas ações e intervenções, bem como as orientações sobre o uso adequado da internet, com base em resultados de pesquisas como esta, para que haja adequação e qualidade na atenção fornecida aos seus usuários (Rodrigues, 2011).

A REDE COMPLEMENTANDO O TRATAMENTO

O surgimento de comunidades virtuais não se destina a substituir o trabalho das organizações de pacientes. De fato, em muitos casos, as organizações desenham e implementam ferramentas para criar suas próprias comunidades virtuais. Os usuários dessas comunidades relatam efeitos benéficos sobre sua saúde e felicidade, afirmando que as mudanças na saúde de um usuário, muitas vezes, promovem mudanças na saúde de outros aos quais o usuário está conectado. Referem-se a isso (Guillamon et al. 2010) como um "efeito colateral de saúde". Por meio desse processo, as comunidades virtuais de saúde podem ampliar os efeitos sobre a saúde e a qualidade de vida das organizações de pacientes durante a conexão entre estes, cuidadores e profissionais, e promover mudanças em todos eles. Os efeitos colaterais da saúde têm o potencial de melhorar o sistema de saúde como um todo, porque os cuidados de saúde prestados a uma pessoa podem ter efeitos sobre a saúde dos outros. Em uma comunidade virtual em saúde, um impacto positivo sobre a saúde de uma pessoa muitas vezes se estende ao resto da comunidade (Guillamon et al. 2010). Entretanto, Eysenbach et al. (2004), acreditam que ainda não está claro se as comunidades virtuais poderiam substituir ou complementar os grupos de apoio face a face. Para os autores, embora estudos qualitativos – se conduzidos com ética – sejam necessários e possam dar *insights* fascinantes sobre o processo de ajuda mútua nas comunidades virtuais, seria necessária uma pesquisa quantitativa de algumas condições que apontassem o quanto os grupos de apoio são eficazes e como poderiam ser maximizados.

As comunidades virtuais podem também compartilhar conhecimentos, recursos e novidades de diferentes organizações, profissionais, cuidadores e pacientes. Cada usuário pode compartilhar sua área de conhecimentos especializados sobre um determinado assunto com o resto da comunidade. Essas comunidades podem reunir membros da mesma organização ou membros de diferentes organizações ou, ainda, indivíduos que não estão ligados a qualquer organização (Guillamon et al. 2010).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos verificar, pela revisão da literatura que trata do empoderamento do paciente, que a nova relação entre pacientes e profissionais de saúde após o início da era da internet ganhou novos contornos. O conhecimento que antes era apenas propriedade dos médicos passa a ser compartilhado entre pacientes que tenham a mesma enfermidade.

Ao chegar nos grupos de discussão ou nos próprios consultórios, os pacientes levam outras informações que estão além da enfermidade. Com base em discussões prévias, mediadas por computador, o empoderamento se dá de forma clara, podendo ser encarado de duas formas pelos profissionais da saúde: como uma ameaça ao conhecimento do profissional ou como uma importante ferramenta de colaboração por parte dos pacientes.

Transformar as informações de qualidade vindas dos pacientes em sinergia na busca da cura ou do aumento da qualidade de vida é uma opção do profissional da saúde que, a cada dia, deverá se adequar aos novos tempos da sociedade do conhecimento.

REFERÊNCIAS

AHMAD, Farah et al. Are physicians ready for patients with internet-based health information? *JMIR – Journal of Medical Internet Research*, v. 8, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.jmir.org/2006/3/e22/>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

ANDRADE, Gabriela R. B. de; VAITSMAN, Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* (online), Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2011.

BENDER, Jacqueline L.; JIMENEZ-MARROQUIN, Maria-Carolina; JADAD, Alejandro R. Seeking suport on Facebook: a content analysis of breast cancer groups. *JMIR – Journal of Medical Internet Research*, v. 13, n. 1, Jan.-Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.jmir.org/2011/1/e16>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

ELM, Malin S. How do various notions of privacy influence decisions in qualitative internet research? In: MARKHAM, Anette N.; BAYM, Nancy. *Internet inquiry: conversations about method*. Los Angeles: Sage, 69-87, 2009.

EYSENBACH, Gunther et al. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ – British Medical Journal*, 15 May 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC411092/>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

FAN, Hanmei et al. Why people trust in online health communities: an integrated approach. In: AUSTRALASIAN CONFERENCE ON INFORMATION SYSTEMS, 21st, December 1-3, 2010. *Proceedings...* Disponível em: <<http://aisel.aisnet.org/acis2010/20>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

FRAGOSO, Suely; RECUERO, Raquel; AMARAL, Adriana. *Métodos de pesquisa para internet*. Porto Alegre: Sulina, 2011. 240 p.

GUILLAMON, Noemi et al. Organizations in participatory medicine: can virtual health communities help participatory medicine accomplish its objectives? *Journal of Participatory Medicine*, v. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.jopm.org/evidence/>>



reviews/2010/12/29/the-role-of-patient-organizations-in-participatory-medicine-can-virtual-health-communities-help-participatory-medicine-accomplish-its-objectives/>. Acesso em: 21 fev. 2011.

HARVEY, Kevin et al. Health communication and adolescents: what do their e-mails tell us? *Family Practice*, v. 25, n. 4, p. 304-311, 2008. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/content/25/4/304.full>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

MATOS, Heloiza. *Capital social e comunicação: interfaces e articulações*. São Paulo: Summus, 2009.

McDAID, David; PARK, A-La. Online health: untangling the web. Evidence from Bupa Health Pulse 2010 International Healthcare Survey. London, UK, 2010. Disponível em: <www.bupa.com/healthpulse>. Acesso em: 20 fev. 2011.

MURRAY, Elizabeth et al. The Impact of health information on the internet on the physician-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 2003; v. 163, n. 14, p. 1727-1734. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?volume=163&issue=14&page=1727>>. Acesso em 11 jun. 2012.

RECUERO, Raquel. *Redes sociais na internet*. Porto Alegre: Sulina, 2010. (Coleção Cibercultura). 191 p.

RODRIGUES, Maira Pinto C. *Reabilitação de pessoas com lesão medular: relevância, aplicações e desafios relacionados ao uso da internet*. 2011. 115 fl. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2011.

SILVA, Paula Mariana M. da; JULIANI, Carmen Maria C. M. Inovação tecnológica na gestão da educação em saúde voltada à comunidade. In: NURSING - 7 CONGRESSO BRASILEIRO, São Paulo, 2009. *Anais...* São Paulo: Bolina, 2009.

SOARES, Murilo César. Internet e saúde: possibilidades e limitações. *Textos de la Cibernsiedad*, Barcelona, v. 4, 2004.

STEELE, Robert. *Social media, mobile devices and sensors: categorizing new techniques for health communication*. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON SENSING TECHNOLOGY, 5th, Palmerston North, New Zealand, 2011. Disponível em: <http://ieeexplore.ieee.org/xpl/freeabs_all.jsp?arnumber=6136960>. Acesso em: 24 fev. 2012.

STUMPF, Ida Regina. Pesquisa bibliográfica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.) *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005. p. 51-62.

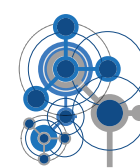
VARGAS, Eliane Portes. Saúde, razão prática e dimensão simbólica dos usos da internet: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, USP, v. 19, n. 1, p. 135-146, 2010.

WELLMAN, Barry; HOGAN, Bernie. L'internet: une présence immanente. In: PROULX, Serge et al. *Communautés virtuelles: penser et agir en réseau*. Canadá: Presse de l'Université Laval, 2006.

WRIGHT, Kevin B.; BELL, Sally B. Health-related support groups on the internet: linking empirical findings to social support and computer-mediated communication theory. *Journal of Health Psychology*, Sage Publications, London, Thousand Oaks and New Delhi, v. 8, n. 1, p. 39-54, 2003.

ZIEBLAND, Sue et al. How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study. *BMJ – British Medical Journal*, 6 March 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15001506>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

Recebido em: 02.03.2012 / Aceito em: 17.04.2012





Comunicação e saúde: interfaces e desafios

Communication and health: interfaces and challenges

Comunicación y salud: interfaces y desafíos

Maria Rosana Ferrari Nassar

- Doutora e mestre e em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- Professora da Faculdade de Relações Públicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puccamp) desde 1985
- Assessora de comunicação e marketing para organizações de saúde e palestrante em eventos da área de saúde.
- Membro do Conselho Regional dos Profissionais de Relações Públicas da 2ª Região – Conrerp SP/PR
- Publicou artigos em revistas científicas e anais de eventos da área de comunicação e saúde no Brasil e no exterior
- E-mail: mktsaude@yahoo.com.br



Resumo

Este artigo apresenta uma reflexão crítica sobre comunicação e saúde em uma sociedade na qual informação e conhecimento representam categorias amplamente valorizadas. Focalizando a formação médica, propõe a inserção da comunicação nos currículos de graduação e pós-graduação como modo de desenvolver competências para o exercício profissional humanizado, especificamente no que diz respeito ao relacionamento com o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO • SAÚDE • CURRÍCULO • PRÁTICA MÉDICA

Abstract

This article presents a critical reflection on communication and health in a society where information and knowledge represent categories that are widely valued. Focusing on medical education it proposes the inclusion of communication in undergraduate curricula and graduate programs as a way to develop skills for humanized professional performance, specifically concerning the relationship with the patient.

KEYWORDS: COMMUNICATION • HEALTH • CURRICULUM • MEDICAL PRACTICE

Resumen

Este artículo presenta una reflexión crítica sobre la comunicación y la salud en una sociedad donde la información y el conocimiento representan categorías ampliamente valoradas. Centrándose en la educación médica, propone la inclusión de la comunicación en los programas de pregrado y posgrado como una forma de desarrollar habilidades para el ejercicio profesional humanizado, específicamente en lo que respecta al relacionamiento con el paciente.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN • SALUD • CURRÍCULO • PRÁCTICA MÉDICA

O paradigma científico moderno propiciou uma nova visão do mundo e da vida baseada na oposição a toda forma de dogmatismo e de autoridade. A ciência moderna se opôs ao conhecimento do senso comum: o único conhecimento válido é o conhecimento científico, obtido pela observação sistemática e com o maior rigor possível dos fenômenos naturais. Na perspectiva da modernidade, a ideia de mundo assemelha-se a uma máquina, operada segundo as leis da física e da matemática e por isso dotado de previsibilidade. Esse modelo de racionalidade técnica e mecanicista tem sido hegemônico desde a revolução científica do século XVI e em grande parte foi responsável pela crença no progresso incessante, no planejamento racional, na capacidade da ciência e da razão, bem como na conquista da igualdade social como um destino natural.

Como cidadãos contemporâneos, conhecemos bem os limites desse modelo e a crise vivenciada pela ciência. Para Boaventura de Sousa Santos (1995, p. 6), o campo científico vive “um tempo de transição, síncrono com muita coisa que está além ou aquém dele, mas descompassado em relação a tudo que o habita”. É um tempo complexo em que impera a ambiguidade e a contradição: de um lado, todo potencial da revolução tecnológica leva-nos a crer em uma sociedade de comunicação e interatividade; de outro, uma profunda reflexão sobre os limites da ciência combinado com as ameaças ao meio ambiente, da violência em geral e da violência das guerras.

Esse tempo de transição, identificado como momento de crise do paradigma moderno, repercute no campo científico. A área da saúde, assim como qualquer outra área do conhecimento, constituiu-se sob a égide desse paradigma científico, caracterizado pela racionalidade técnica e total separação entre natureza e ser humano, seguindo a lógica do conhecer para controlar/dominar (Santos, 1995, p. 10). Mas, diante de seus limites em responder aos problemas sociais e do próprio processo saúde-doença, as ciências da saúde vivenciam também uma crise: o atual contexto socioeconômico, político e tecnológico tem demandado um novo conceito de saúde, capaz de responder aos desafios contemporâneos.

Há alguns anos a ideia de saúde passou da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental. E mais recentemente adotou-se um conceito mais amplo, que compreende a saúde como produção social, ou seja, pelo qual a saúde-doença é compreendida como um processo complexo. Essa transição teórica perpassa as práticas, as políticas de saúde pública e necessariamente a formação dos profissionais. É, pois, com base em nova perspectiva epistemológica que este artigo apresenta uma discussão sobre a relevância das competências comunicativas na formação do médico, a educação como forma de responder ao novo contexto social, político e tecnológico e as próprias mudanças teóricas nas ciências da saúde.

A ciência e o desenvolvimento tecnológico são marcas da sociedade contemporânea. Conhecimento e informação são elementos que se juntaram ao capital como sinônimo de poder, ainda que continuem sendo distribuídos de forma desigual. Capital e conhecimento constituem-se em elementos estratégicos da nova era, marcada pela crescente inovação tecnológica. No que diz



respeito aos serviços de saúde, a avalanche tecnológica potencializou o caráter excludente do conhecimento científico e da tecnologia que ele produz, visto que significativa parcela da população não tem acesso aos cuidados básicos com a saúde.

É nesse cenário que o presente texto objetiva abordar a relação entre comunicação e saúde. Pretende-se provocar uma reflexão, particularmente, sobre a importância da comunicação na construção da prática médica humanizada, por meio da análise crítica sobre a formação do médico, sem a intenção de esgotar o assunto, pois o que aqui se propõe constitui um dos muitos enfoques pelos quais a interação entre comunicação e saúde pode ser estudada. Para dar conta desse objetivo, o artigo está organizado em três tópicos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro tópico, “Cenários da saúde e da formação do médico no Brasil”, apresenta sinteticamente um panorama da saúde e do ensino médico no país. O segundo, “Modelos de formação médica e características dos perfis profissionais: da ênfase na doença à ênfase na promoção da saúde”, apresenta o embate epistemológico entre duas concepções de saúde e as repercussões desses modelos na formação dos médicos. Finalmente, o terceiro tópico, “A importância da comunicação na formação do médico”, apresenta a proposta de inserção de disciplina de comunicação nos currículos, como forma de preparar competências para a prática médica humanizada.

CENÁRIO DA SAÚDE E DA FORMAÇÃO DO MÉDICO NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da democratização do acesso, da distribuição equitativa de recursos e da justiça social. Ela vê a saúde como um direito social, resultante de condições de vida e trabalho, “garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2003). Essa definição reflete uma abordagem da saúde como produção social, consoante o paradigma da integralidade, segundo o qual ser saudável significa a possibilidade de produzir a própria saúde, mediante os cuidados tradicionais, mas também por ações políticas que visem à redução das desigualdades, ao acesso à educação, à participação social na gestão de recursos públicos etc. É evidente, pois, a relação entre saúde e cidadania. Não por acaso, a saúde passa a integrar a categoria dos direitos sociais do cidadão, associada a outros como direito à moradia digna, à alimentação, ao trabalho e à renda, ao lazer, ao meio ambiente preservado, dentre outros. Tal reconhecimento no âmbito jurídico tem demandado ações no sentido de tornar esses direitos efetivos, o que significa, por exemplo, ações educativas no sentido de preparar profissionais para atender as necessidades sociais em saúde.

No campo educacional, por sua vez, as mudanças também têm sido significativas, ao menos em termos quantitativos. Como resultado da política expansionista iniciada na década de 1990, o país forma atualmente aproximadamente 16 mil médicos por ano, oriundos de 185 escolas. Em 2011



foram disponibilizadas 16,8 mil vagas, segundo dados do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Em outubro de 2011, o CFM contabilizava 371.788 médicos em atividade no Brasil. De 1970 a 2011 registrou-se um aumento de 530% nesse número, enquanto a população brasileira cresceu 104% (Cardoso, 2011, p. 15).

Entre 188 países, o Brasil, fica atrás apenas da China, dos Estados Unidos, da Índia e da Rússia em números absolutos desses profissionais. Proporcionalmente, registra-se uma razão de 1,95 médicos por mil habitantes, embora distribuídos de modo desigual, em razão das disparidades regionais, do mercado de trabalho, da concentração de renda e das especialidades médicas (Escolas Médicas do Brasil, 2012). Em outras palavras, os médicos, assim como outros profissionais da saúde, tendem a permanecer em estados e regiões mais desenvolvidos: no Sudeste, o índice é de 2,6 médicos por mil habitantes; e no Norte, é de 0,8. Somente no estado de São Paulo existem 33 escolas médicas (Cardoso, 2011).

Do total de cursos existentes em 2012, 39% (73) são oferecidos por instituições públicas e 61% (115), por instituições de ensino privadas. Como resultado do processo de expansão do ensino superior iniciado na década de 1990, ampliou-se consideravelmente o número de escolas médicas no Brasil, sobretudo aquelas mantidas pela iniciativa privada: de 2000 a 2011, 77 escolas médicas foram criadas, em sua maioria particulares (Instituto Salus, 2012). A proliferação indiscriminada de cursos e a ampliação de vagas em cursos já existentes têm sido objeto de contestação de entidades médicas, em razão da queda na qualidade da formação acadêmica e do aviltamento da remuneração profissional.

No que diz respeito ao mercado de trabalho, conforme assinala Mário Scheffer (2011, p. 11-12), “a prática médica tem migrado do exercício liberal – o médico trabalhava onde queria, com os horários que escolhia e a remuneração que determinava – para uma prática no seio de organismos públicos e privados”. O autor complementa:

A expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação do segmento regulamentado de planos e seguros de saúde privados intensificaram mecanismos de intervenção do Estado e do mercado sobre a profissão médica.

Diante da organização fragmentada do sistema de saúde brasileiro, a profissão assumiu determinados perfis. Hoje, a maioria dos médicos tem vínculos públicos e privados, cumprem carga horária de trabalho excessiva e acumulam vários empregos. A jornada de trabalho dos médicos é, em média, superior a 50 horas semanais e quase um terço dos profissionais trabalha mais de 60 horas por semana. Os médicos atuam em média em três diferentes postos de trabalho, sendo que mais de 30% acumulam quatro ou mais locais de trabalho, dividindo a atuação em consultório, com recebimento por produção, com a atuação geralmente assalariada em serviços públicos e privados.

Apesar do avanço jurídico-formal, o setor público, de modo geral, não se mostra atrativo para os profissionais de saúde, particularmente para os médicos. E os principais entraves parecem ser a forma de financiamento do SUS, a ausência de carreiras médicas, a baixa remuneração e as precárias condições de trabalho. De qualquer forma, apesar de a profissão ainda despertar o interesse de muitos e de ocupar lugar de destaque quando se consideram indicadores de empregabilidade, observa-se um cenário de precarização do trabalho médico, particularmente no setor público. Isto porque, “além da distribuição injusta de médicos, não são poucas as desigualdades geradas por uma estrutura de financiamento e de oferta de serviços que privilegia o privado no sistema de saúde brasileiro” (CFM/Cremesp, 2011, p. 52).

Por outro lado, pode-se considerar que a institucionalização do SUS expôs algumas deficiências do sistema educacional brasileiro, notadamente no que diz respeito à formação de profissionais de saúde para atender às novas exigências sociais. Na formação do médico passou-se a questionar a sua qualificação para fazer frente às necessidades básicas da sociedade quanto à atenção integral à saúde. Independentemente do setor de atuação, público ou privado, considerando a perspectiva da mudança de paradigma a que já nos referimos anteriormente, as escolas médicas têm o desafio e o compromisso social de transformar o ensino médico, oferecendo à sociedade médicos mais competentes, humanos e éticos:

O processo de produção de médicos não é um processo isolado, relaciona-se intimamente à estrutura econômica, determina, como acontece com todos os demais componentes da sociedade, a importância, o lugar e a forma da medicina na estrutura social (Almeida, 1999, p. 124).

Não se pode perder de vista que a formação médica reflete a crise geral e reproduz as deficiências e injustiças do sistema político e econômico e o modo de organização dos sistemas de saúde. De tal sorte que, em relação ao ensino médico, se pode afirmar que “falha [ou tem falhado] no seu objetivo primordial de promover a formação clínica e humana do médico” (Galizzi Filho, 2002, p. 111).

Para além dos problemas estruturais do sistema de saúde, não podemos ignorar que, conforme assinala Jadete Lampert (2002, p. 2), apesar do significativo número de profissionais formados e imediatamente autorizados a exercer a medicina,

a realidade mostra que há escassez de médicos para atender as NBS [necessidades básicas de saúde] e que a população, de uma forma geral, não está atendida ou está insatisfeita com o atendimento recebido em saúde.

A autora ainda destaca o alto custo social da formação de médicos quando se leva em conta a longa duração do curso de medicina (seis anos). Isto nos leva a considerar, então, os problemas estruturais de um outro sistema nacional, o educacional.



O ensino superior brasileiro tem passado por algumas mudanças desde a década de 1990. Sob a perspectiva da modernização (formar profissionais com as competências exigidas pelo novo mercado de trabalho) e da ampliação do acesso, o país viveu um surto expansionista inédito. Surgiram inúmeras instituições de ensino superior, principalmente no setor privado. Ampliou-se significativamente a oferta de vagas em cursos de graduação. Na área da saúde, particularmente para os cursos de medicina, essa expansão tem merecido críticas, sob o argumento de ter contribuído para a precarização da profissão e também para queda na qualidade dos serviços médicos. A lógica é simples: médicos formados em instituições fracas e mal estruturadas não terão as competências técnicas mínimas. Além da expansão desmedida, há que se considerar outro problema, este de natureza epistemológica, pedagógica e prática. Melhor dizendo: o ensino médico vive o desafio de se reinventar quanto à perspectiva epistemológica, o que implica diretamente o modo de formação: que tipo de médico se pretender formar? Para exercer qual medicina?

MODELOS DE FORMAÇÃO MÉDICA E CARACTERÍSTICAS DOS PERFIS PROFISSIONAIS: DA ÊNFASE NA DOENÇA À ÊNFASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Lampert (2002, p. 8) afirma com bastante propriedade que “a maneira como se organiza e se pensa a formação produz um resultado diferenciado das práticas sociais”. Considerando a perspectiva proposta pela autora, podemos identificar dois modelos básicos de formação de médicos. O primeiro, ainda hegemônico no Brasil, é baseado ou influenciado “pelos estudos de Flexner, divulgados no relatório de mesmo nome e conhecido como paradigma flexneriano”, caracterizando-se pela fragmentação do conhecimento em especialidades, na organização das escolas em departamentos e de disciplinas isoladas com pouca ou nenhuma interação (Lampert, 2002, p. 33-34).

Em decorrência, chega-se ao ponto em que as escolas médicas se encontram oferecendo um curso de graduação em Medicina altamente questionado na sua terminalidade, quanto à sua capacidade de formar o profissional para o mercado de trabalho, e apresentando dificuldade de mostrar unidade na composição do que preconizam (Lampert, 2002, p. 34).

Em consequência desse modelo, a medicina é ensinada de forma “essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações” (Lampert, 2002, p. 34). Esse modelo começou a ser questionado a partir da década de 1960, principalmente em razão de ter contribuído para o distanciamento da “abordagem da saúde do ser humano como um todo, inteiro e único no seu contexto”. Desse movimento nasceram ideias como a medicina preventiva e a promoção da saúde como qualidade de vida, conforme assinala Lampert (2002, p. 8 e 35):

Isso se fez com a identificação dos determinantes da saúde situados no biológico e além dele, no estilo de vida do indivíduo e no meio ambiente em que se insere, os quais são elementos

fundamentais para compor uma existência saudável. No Brasil, o modelo da medicina preventiva e da promoção da saúde teve na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) e no movimento da Reforma Sanitária seus dois marcos históricos fundamentais. Sua construção influenciou, decisivamente, na formulação das políticas constitucionais do setor da saúde, o que pode ser constatado no título VIII (Da ordem social), capítulo II (Da seguridade social), em que está escrito que “saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196 da Constituição Brasileira de 1988) (Lampert, 2002, p. 34).

Esse novo modelo, denominado paradigma da integralidade em razão de perspectiva holística do ser humano, contrapondo-se ao paradigma flexneriano, pressupõe a formação do médico capaz de amalgamar o saber técnico e o saber social. Para tanto, a formação precisaria focalizar o processo saúde-doença a partir das “dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população”, afirma Lampert (2002, p. 36) que complementa:

O paradigma da integralidade induziria à construção de um novo modelo pedagógico, visando ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Esse princípio operativo a nortear o movimento de mudança, por sua vez, deveria estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento (Feuerwerker; Sena, 1999). As interações suporiam relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários.

Essa concepção tem como fundamento a visão integral de homem como fim de todo conhecimento e de todas as estruturas e organizações sociais criadas. Daí a origem do conceito de humanização da medicina, que compreende, portanto, um amplo espectro, abrangendo os modelos de gestão, a formação integral de médicos e outros profissionais da área da saúde; a assistência multidisciplinar; a promoção da saúde; a prevenção; a educação; a garantia do acesso às tecnologias e aos procedimentos modernos; o respeito aos direitos do paciente e sua autonomia.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

As Diretrizes Curriculares Nacionais, fixadas em 2002 pelo Conselho Nacional de Educação/CES (Parecer CNE/CES 104/2002), para o curso de graduação em medicina são evidências concretas da transição de modelos de formação, ao pretender garantir flexibilidade, diversidade e qualidade da formação, preconizando a articulação com as diretrizes do SUS. Essas diretrizes orientam a construção de currículos baseados em valores como qualidade, eficiência e resolutividade para capacitar profissionais com autonomia e discernimento, competentes para assegurar a integrali-



dade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, às suas famílias e às comunidades. Estabelece, entre as competências gerais a serem desenvolvidas, a *comunicação* e reforça que os currículos devem contemplar as ciências humanas e sociais, referindo-se especificamente a conteúdos que envolvam a *comunicação*¹.

Refletem, portanto, a necessidade de conceber currículos capazes de acolher novas abordagens e perspectivas destinadas à formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, atribuindo nova responsabilidade à educação e às escolas de medicina, conforme assinala Ricardo Tapajós (2002, p. 30):

A educação médica passa, então a ter de se preocupar em formar médicos detentores não somente de técnica impecável, como também cuidadores humanizados, sensíveis, preparados para lidar consigo e com seus pacientes, tarefa que exige trabalhar com os mais diversos valores inseridos em complexos contextos históricos, culturais e sociais.

A formação do médico deve compreender alguns valores fundamentais em nome de uma prática profissional íntegra, visando ao bem-estar do paciente. A prática profissional encontra-se enredada em valores como competência, confiança, confidencialidade, relacionamento, qualidade de atendimento, responsabilidade social e ética. Os currículos devem enfatizar essa prática. A busca por formas de melhorar o relacionamento com o paciente é uma face dessa mudança e a comunicação pode oferecer amplas possibilidades eficiência, conforme afirma Isaac Epstein (2004, p. 1):

A boa comunicação pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde. Ao nível da comunicação interpessoal isto começa a ser reconhecido oficialmente. Os problemas da adequação da comunicação médico-paciente que sempre existiram como questões periféricas começam a ser reconhecidos oficialmente inclusive como temas dos currículos de nossas escolas de medicina.

Fernando Albuquerque de Oliveira (2002, p. 64) assinala que uma das principais atribuições do médico é “traduzir o discurso, os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença”. Quando uma pessoa procura um serviço de saúde estabelece-se uma relação que “pressupõe uma comunicação com duas vias de fluxo, permitindo, no momento em que o indivíduo busca atendimento de saúde, o encontro de duas visões de mundo diferentes”. Ainda segundo o mesmo autor, a pessoa “lança mão de uma série de mecanismos que orienta tal procura e que são acionados muito antes do encontro propriamente dito: quais os sintomas que a forçam ao encontro, qual o linguajar a ser utilizado” para descrevê-los, que roupa vestir etc.

Em última análise, como é que o indivíduo se prepara para esse momento, como se comporta nele e qual a ‘bagagem’ que carrega consigo? Portanto, quando mencionamos ‘comunicação’, também queremos dizer que há produção de significados de ambos os lados e que a cultura de cada grupo social estará igualmente presente (Oliveira, 2002, p. 65. Destaques do autor).

¹ Destaque nosso.

De acordo com Eduardo Ferreira, Maria Ribeiro e Sebastião Leal (2002, p. 77), a consulta é o momento mais importante para tomada de decisão, mas tem sido desvalorizado pela mercantilização do serviço: “fazer mais e mais em cada unidade de tempo”. A desvalorização da consulta faz com que

a relação interpessoal seja insatisfatória, perdendo-se a oportunidade terapêutica que ela encerra. Aspectos vitais, como a confiança, a adesão ao tratamento, a formação de vínculo que possibilite a continuidade, a negociação e participação nas tomadas de decisão, são prejudicadas (Ferreira; Ribeiro; Leal, 2002, p. 74-75).

É preciso recuperar os princípios valorativos da consulta, preparando o médico para comunicar-se eficientemente com o paciente, para que consiga informações sobre o seu estado de saúde, estimulando sua autonomia e participação no tratamento. Isso implica romper com a forma usual de comunicação, na qual se evidencia o poder exercido pelo médico e a idealização social desse poder.

Originalmente, a palavra comunicação comporta dois sentidos: o de partilhar algo e o de dar conhecimento, informar. Como informação, a relação entre os sujeitos (emissor/receptor) é hierarquizada e menos sujeita a mudança (geralmente caracteriza sistemas autoritários). Como partilhamento, trata-se de um processo horizontal, caracterizado pelo diálogo (um processo dinâmico de emissão/recepção e recepção/emissão), (re) construindo significados. É nesse sentido que entendemos a interação entre comunicação e saúde no âmbito do relacionamento médico-paciente, que tem se caracterizado pela verticalização (formas de interdição das falas, silêncios, passividade), impregnada do poder do médico (detentor do saber técnico), que inibe a manifestação do paciente. Tal verticalização pode explicar uma das reclamações mais comuns: a falta de atenção do médico. A esse respeito Graciela Natansohn (2004, p. 43) pondera que,

a partir dos [anos] 1970, uma concepção tecnocrática do saber médico, baseado num saber técnico superior e, portanto, autoritário em relação a quem não sabe; um enfoque cientificista, que nega outro saber que não seja o científico e se mostra como saber politicamente neutro, uma tendência medicalizante. Cada vez mais áreas da vida caem sob o controle da medicina, com a consequente reprodução ampliada das relações de poder que ela veicula. Além disso, consolida-se um enfoque mercantilista, pois a saúde passa a ser uma atividade lucrativa, uma mercadoria estabelecendo-se uma relação de mercado entre o médico e o doente.

Nesse contexto adquire força o movimento pela reaproximação da medicina de suas origens humanistas:

Mesmo sob o ponto de vista formal, a relação entre serviços de saúde e usuários envolve muitos outros aspectos além do encontro físico entre o médico e paciente num consultório, por exemplo. Há, entre outros fatores, as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente. A doença é uma experiência que não se limita à alteração



biológica pura, mas esta lhe serve com substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante (Oliveira, 2002, p. 64).

A comunicação envolve todos os sentidos e ações das pessoas e determinado contexto. Pode atuar como facilitador ou como entrave à integração com o interlocutor. Há, contudo, uma forma de comunicação horizontal em que falar, intervir, participar são ações que se esperam do paciente. A mediação do relacionamento por essa forma pressupõe certas competências do médico. Mediação, porque a consulta é uma etapa do relacionamento, compreendida num contexto cultural, histórico e social que envolve os sujeitos (médico e paciente) e as instituições. Nesse momento crucial,

as qualidades pessoais do médico, sua cultura técnica e humanística e especialmente suas atitudes são fatores decisivos, destacando-se a capacidade de escuta e de comunicação. Atitudes positivas do médico, percebidas pelo paciente abrem caminho para que este se coloque mais à vontade, com informações mais completas, sinta-se seguro, confiante e disposto a aderir ao tratamento. Esta é a relação terapêutica (Ferreira; Ribeiro; Leal, 2002, p. 54-55).

Nesse mesmo sentido, Oliveira (2002, p. 67-68) pondera que,

em cada cultura, a doença, a resposta a ela, os indivíduos que a experienciam, os que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas estão interconectados mediante esse sistema, que também contempla, entre outros elementos, as crenças sobre a origem das doenças, as formas de busca e avaliação do tratamento, os papéis desempenhados e as relações de poder entre todos os envolvidos. Os pacientes e os agentes de cura são componentes básicos do sistema, estando imersos num contexto de significados culturais e de relações, não podendo ser entendidos fora dele.

Desse modo, o ensino da relação entre médico e paciente se constitui em grande desafio para as escolas, para os currículos e também para as organizações em que esses profissionais trabalham (ou trabalharão), precisando ser enfrentado de modo sistematizado, por meio da interface com a comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas palavras de Lampert (2002), a educação médica tem como um de seus principais desafios a superação da cisão entre formação e trabalho médico. Porém, a formação médica não está limitada ao âmbito da escola médica e aos seus projetos pedagógicos, mas diretamente ligada à complexidade dos processos sociais, aos processos de trabalho, às relações de produção, ao papel social das instituições, às condições do mercado de trabalho e às políticas públicas de saúde. Igualmente, a humanização das práticas médicas está diretamente ligada a esses mesmos processos. Envolve inescapavelmente sujeitos (médicos, pacientes e seus familiares).



Sem perder de vista a complexidade da questão, neste artigo procuramos focalizar o papel das escolas médicas e a influência que exercem na organização dos serviços de saúde. As escolas médicas tem um compromisso social irrenunciável de formar profissionais técnica e socialmente competentes, por meio de currículos e metodologias inovadores. E nesse sentido é fundamental que considerem a contribuição das ciências sociais na formação integral do médico, superando a inutilidade dicotômica entre ciências naturais e ciências sociais denunciada por Santos (1995, p. 37-38). O autor afirma que a superação desta dicotomia tende a revigorar os estudos humanísticos, o que, segundo ele, não ocorrerá sem que as humanidades sejam, também, profundamente transformadas. Nessa perspectiva, a inserção de disciplina de comunicação no currículo de graduação pode contribuir para a prática eficiente e humanizada, preparando o profissional para escutar e se fazer ouvir. Ouvir e se fazer ouvir exige valoração da consulta, disponibilidade e técnicas. A comunicação como conhecimento organizado, sistematizado pode oferecer essa competência ao médico.

Por fim, cabe registrar que a perspectiva explorada neste artigo é uma entre tantas outras. Seja no âmbito da investigação científica ou da atuação profissional, a área da saúde ainda continua sendo um campo a ser explorado pela comunicação. Permanece a necessidade de avançar na análise das interfaces possíveis, já que os desafios são muitos e bastante complexos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcio José de. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 3, n. 4, fev. 1999. Disponível em: <www.interface.org.br/revista4/debates1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2004.

CARDOSO, Waldir. [01.12.2011]. Pesquisa CFM/Cremesp: número de médicos no Brasil cresce 21,3% em uma década. Disponível em: <<http://waldircardoso.wordpress.com/2011/12/01/pesquisa-cfmcremesp-numero-de-medicos-no-brasil-cresce-213-em-uma-decada/>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina / Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Distribuição dos médicos nos setores público e privado da saúde. In: *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. Vol. 1. São Paulo: CFM/Cremesp, 2011. Disponível em: <http://www.institutosalus.com/_arquivos/diversos/demografia-medica-no-brasil.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 104/2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Biomedicina. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0104.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. *Constituição de República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988*. São Paulo: Atlas, 2003.

EPSTEIN, Isaac. Prefácio. Boletín Temático Comunicación y Salud, VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde, São Paulo, Asociacion Latinoamericana de Investigadores de Comunicación – Alaic, 26/05/2004. Disponível em: <www.eca.usp.br/alaic/boletin16>. Acesso em: 12 mar. 2012.

FERREIRA, Eduardo Costa; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; LEAL, Sebastião Soares. Praticando a relação médico – paciente III: efeito terapêutico da consulta. *Clínica Médica*, v. 2, n. 1, Rio de Janeiro, Medsi – Editora Médica e Científica Ltda., 2002.



FEUERWERKER Laura C. M.; SENA Roseni R. Construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA Márcio José de; FEUERWERKER, Laura C. M.; LLANOS, ManuelA. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 47-83.

GALIZZI FILHO, João. A relação médico-paciente e as instituições. *Clínica Médica*, Rio de Janeiro: Medsi – Editora Médica e Científica Ltda., v. 2, n. 1. 2002.

INSTITUTO SALUS. Número de cursos de medicina no Brasil cresce 82% em duas décadas. Disponível em: <<http://www.institutosalus.com/noticias/medicina/numero-de-cursos-de-medicina-no-brasil-cresce-82-em-duas-decadas>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

LAMPERT, Jadete Barbosa. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia nas escolas*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

NATANSOHN, Graciela. Comunicação & saúde: interfaces e diálogos possíveis. *Revista de Economia Política de Las Tecnologías de la Información y Comunicación*, v. VI, n. 2, mayo-ago. 2004. Disponível em: <www.eptic.com.br>. Acesso em: 12 mar. 2012.

OLIVEIRA, Fernando Albuquerque de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Unesp, Botucatu, v. 6, n. 10 p. 63-74, 2002.

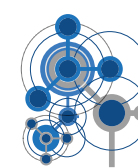
SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. 7. ed. Porto, Portugal: Edições Afrontamento, 1995.

SCHEFFER, Mário. Introdução. In: SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex (Coord.). *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Cresmep / CFM, 2011. Disponível em: <http://www.institutosalus.com/_arquivos/diversos/demografia-medica-no-brasil.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex (Coord.). *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Cresmep / CFM, 2011. Disponível em: <http://www.institutosalus.com/_arquivos/diversos/demografia-medica-no-brasil.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

TAPAJÓS, Ricardo. A introdução das artes nos currículos médicos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Unesp, Botucatu, v. 6, n. 10, 2002.

Recebido em: 20.03.2012 / Aceito em: 31.05.2012





Comunicação e saúde: humanização, significado e ação comunicativa

Communication and health: humanization, meaning and communicative action

Comunicación y salud: humanización, significado y acción comunicativa

Denise Werneck Carvalho

- Doutora em Ciências da Saúde e mestre em Informática pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR)
- Professora titular do curso de Comunicação Social da PUC-PR
- Avaliadora *ad hoc* do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep)
- Consultora na área de comunicação empresarial e saúde
- E-mail: denisewerneck.f@gmail.com

Maria Teresa Marins Freire

- Doutora em Ciências da Saúde e mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR)
- Graduada em Jornalismo pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e em Langue et Civilisation Françaises pela Université de Nancy (França)
- Professora titular do curso de Comunicação Social da PUC-PR
- Consultora na área de jornalismo comunitário, cultural, empresarial e de saúde
- E-mail: freire.mteresa@gmail.com

Guilherme Vilar

- Doutor em Génie Biomédicale pela Université de Technologie de Compiègne (França)
- Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
- Graduado em Engenharia Elétrica pela UFPB.
- Professor adjunto da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)
- Consultor nas áreas de telemedicina, informática médica e comunicação em saúde
- E-mail: guilherme_vilar@yahoo.com.br



Resumo

O objetivo deste artigo é analisar o binômio comunicação-saúde sob a perspectiva do agir comunicativo de Jürgen Habermas. Em um país com cerca de 191 milhões de habitantes, a comunicação deve subsidiar as políticas públicas de promoção da saúde, para tornar democráticas as práticas gerenciais e sanitárias. A humanização dos serviços e a atuação das equipes multiprofissionais exigem interação e acordo entre os sujeitos. O agir comunicativo pode trazer esse significado, com sustentação do diálogo e da cooperação, apontando nova direção baseada nos acordos sociais para produção dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: UNIDADE DE SAÚDE • POLÍTICAS DE SAÚDE • AGIR COMUNICATIVO • RELAÇÕES HUMANIZADAS • FORÇA EDUCATIVA

Abstract

This article aims at analyzing the relation between communication and health under the communicative action perspective of Jürgen Habermas. In a country with almost 191 million inhabitants communication must support the health promotion public policies in order to organize democratically the management and sanitary practices. The humanization of the services and the work of the multi-professional teams demand integration and agreement among the subjects. Habermas' communicative action can offer this meaning, thereby sustaining dialogue and cooperation, pointing in a new direction based on the social agreements for production of health services.

KEYWORDS: HEALTH UNITY • HEALTH POLICIES • COMMUNICATIVE ACTION • HUMANIZED RELATIONSHIP • EDUCATIONAL FORCE

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar el binomio comunicación-salud a partir de la perspectiva de la acción comunicativa de Jürgen Habermas. En un país con cerca de 191 millones de habitantes, la comunicación debe subsidiar las políticas públicas de promoción de la salud, para volver democráticas las prácticas gerenciales y sanitarias. La humanización de los servicios y la actuación de los equipos multiprofesionales exigen interacción y alianzas entre los sujetos. El actuar comunicativo puede traer ese significado, con la sustentación del diálogo y la cooperación, señalando una nueva dirección basada en los acuerdos sociales para la producción de los servicios de salud.

PALAVRAS-CHAVE: UNIDAD DE SALUD • POLÍTICAS DE SALUD • ACTUACIÓN COMUNICATIVA • RELACIONES HUMANIZADAS • FUERZA EDUCATIVA

Marcado por extremas desigualdades sociais e extensa territorialidade, o Brasil é um país de profundos contrastes. O modelo hospitalocêntrico caracterizado pela inviabilidade em vários países também não satisfaz um país com a dimensão do Brasil e cerca de 191 milhões de habitantes.

O desafio de atingir a meta de “saúde para todos”, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), coloca o governo na berlinda ao forçá-lo a não apenas criar e manter políticas de desenvolvimento para a saúde, mas também a assegurar práticas que as sustentem.

Práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, buscam promover a integralidade dos serviços de saúde em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância da saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitui na principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, mediante implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em áreas geográficas delimitadas, e atuam em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, bem como na manutenção da saúde dessa comunidade (Brasil, 2006).

Os profissionais devem realizar bem o seu trabalho e conhecer o trabalho dos demais, em atitude de cooperação, para continuar aprendendo em seu ambiente. A fim de aprender com e sobre os outros, é importante que conheçam, entendam e aceitem os princípios que norteiam o trabalho.

Oferecer qualidade em saúde nessas proporções é tarefa complexa e penosa, se consideramos que a estrutura do SUS (Serviço Único de Saúde) não dá conta de um quadro de doenças de todos os tipos, condicionadas e agravadas pelas alarmantes diferenças sociais e econômicas das regiões e as quais não se consegue diminuir. Do outro lado, e por consequência, a desintegração das unidades de saúde implica sobreoferta de serviços em alguns locais, enquanto outros permanecem em total desassistência.

Na mesma direção, na atualidade, a saúde tem sido questionada quanto aos seus princípios éticos e da relação profissional-paciente. No modelo hospitalocêntrico, universalizante e criado pelo sistema estatal, o conceito de saúde é um direito inalienável do ser humano e que deve ser garantido pelo Estado. O governo assumiu a responsabilidade pelos serviços de saúde considerados de caráter público, quer na prevenção ou com fins de cura. Com o decorrer do tempo, no entanto, o modelo acumulou muitos problemas por se centrar na figura do médico e do hospital, elevando extraordinariamente os custos de assistência à saúde e valorizando sobremaneira



a especialização médica, os equipamentos, as máquinas e os fármacos, além de promover o desenvolvimento tecnológico em detrimento das necessidades dos usuários/pacientes (Franco; Merhy, 2003, p. 13).

A lógica do modelo hospitalocêntrico passou a ser a mesma lógica capitalista do campo econômico em geral – a obtenção e o acúmulo do capital; isto é, a produção de serviços é estruturada e comandada por interesses dessa ordem.

Essa situação reflete, então, uma cobertura assistencial excludente, imposta principalmente aos segmentos populacionais de baixa renda e de regiões mais carentes, que não chegam a receber condições mínimas de atendimento.

O conflito entre os setores público e privado, disputando conveniados e contratados, se constitui em outro nó, fragmentando o processo decisório, ao torná-lo moroso, burocrático e pouco funcional. Os problemas não param por aí, sendo que a proposta de um serviço integral para a família esbarra, também, na baixa qualidade de equipamentos e serviços profissionais.

Por certo, uma política efetiva de educação continuada pode dar conta do desenvolvimento essencial que as equipes devem ter para prestar um serviço de qualidade, considerando a rotina de pressões e de poucos recursos dos profissionais.

AÇÃO COMUNICATIVA E SAÚDE

Nessa perspectiva, a teoria da ação comunicativa de Habermas pode ser aplicada no contexto das políticas de saúde ao tratar de um acordo entre os sujeitos, com base na interação. O pensamento habermasiano é proposto como alicerce e orientação de uma ação multiprofissional que tenha como base a interação dos indivíduos envolvidos para a solução de um problema em saúde e para produção de conhecimento em comunicar para a saúde. Isso, tendo em vista que, para Habermas, a racionalidade é tida como inspiradora das relações em sociedade e permite a autonomia dos indivíduos, possibilitando maior entendimento do mundo.

A adesão dos profissionais de saúde aos princípios que norteiam o objetivo do trabalho a ser realizado necessita estar consolidada, quer pelo aspecto social, de desempenho ou do ponto de vista dos objetivos do governo – que estabelece as diretrizes. Um bom resultado dependerá da adesão individual dos profissionais, além da necessidade de entenderem-se mutuamente, a partir de acordos previamente efetuados.



Por outro lado, a saúde deve ser vista como um direito social que contempla todas as pessoas. Deve, também, ser entendida no seu conceito mais amplo, suficiente para que o indivíduo se desenvolva em todos os aspectos da sua vida – social, econômica, cidadã (adaptação ao meio e respeito a ele), mostrando-se capaz de compreender, analisar e interagir com a própria realidade e o mundo, para transformá-los. Nessa situação, a saúde torna-se um bem de todos, sendo mais do que um estado de *bem-estar*, mas determinada por um modo de ação em que todos estão comprometidos com o bem-estar, a produção e os cuidados.

Aqui, importa apresentar a ação comunicativa como um valioso recurso para a área da saúde, no que se refere tanto à produção do conhecimento, quanto às práticas que envolvem profissionais, pacientes e governo. Os aspectos socioantropológicos da comunicação não apenas possibilitam examinar e discutir teórica e empiricamente a condição humana frente às transformações da sociedade contemporânea. Também permitem promover o desenvolvimento dos indivíduos a partir de elementos como a interação, a informação e a formação de hábitos e atitudes, apenas para citar alguns exemplos.

Assim, formulam-se duas perguntas. A comunicação pode modificar comportamentos e ações? E é possível capacitar pessoas tomando-se por base o conceito da ação comunicativa?

Promover mudanças na área da saúde exige a proposição de planos de ações em diferentes esferas. É preciso, por exemplo, estratégias propostas especificamente para cada área, situação, público ou cenário, considerando que técnicas não constituem fins em si mesmas, mas meios ordenados e seguros para operar mudanças. Dessa forma, entendida como área essencial para suporte a outros campos de conhecimento, a comunicação favorece a criação de recursos metodológicos para transformação da realidade. Não se trata apenas de promover ações, mas de justificá-las face às condições reais em que os objetivos são propostos e os recursos disponibilizados.

Atributos da comunicação em favor da saúde

Nessa perspectiva, a execução das atividades deve privilegiar elementos identificados para solução do problema apresentado. Como instrumento de ação política, a comunicação é facilitadora da gestão da saúde, favorecendo a mediação de interesses e identificando necessidades de diferentes naturezas. Também é indicada para promover e educar para a saúde, sugerir e recomendar mudanças de comportamento, informar sobre a saúde e sobre as doenças, sobre quais e quando devem ser realizados exames médicos, recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidados aos pacientes e educar os usuários sobre assuntos de saúde, a fim de melhorar a acessibilidade dos serviços. No que se refere aos profissionais de saúde, pode melhorar significativamente as relações interprofissionais, a comunicação interna dos hospitais e das unidades e a qualidade dos serviços.



Por isso, a comunicação é trazida como recurso para compreensão do objeto e intervenção nas questões de saúde. Como domínio de conhecimento, a comunicação pode ser vista como área meio, à medida que possibilita espaço para debate e análise crítica de assuntos relacionados a outras ciências. Como metodologia, fornece o ambiente propício ao diálogo e favorece o confronto de ideias. No entanto, popularmente, a comunicação é vista e entendida especialmente na relação que se estabelece entre emissor e receptor, sendo que, como fenômeno, essa relação é apenas parte de um extenso sistema que inclui vários outros elementos (Wolf, 1995, p. 271).

Competência em comunicação de saúde

No campo da saúde, a comunicação exerce uma força educativa pela qual vem sendo cada vez mais observada. O fenômeno da educação em saúde se apresenta como um jogo de vários saberes, que “constituem as práticas e as reflexões envolvidas nas relações entre educação e comunicação na área da saúde” (Donato; Gomes, 2010, p. 42). Assim, alguns questionamentos cabem na proposição de uma política de saúde capaz de formar equipes mais atuantes e envolvidas com os objetivos do SUS. Como deve ser um profissional de saúde para as Unidades Básicas de Saúde (UBS)? O que se espera dele? Quais competências comunicacionais ele deve reunir? Como deve ser sua relação com a equipe? Como elevar o nível de adesão aos princípios estabelecidos pelo governo?

É importante ressaltar que os profissionais fazem parte da rotina de muitos pacientes, exercendo um papel fundamental na vida das pessoas. Significa que devem possuir este entendimento e que devem se posicionar claramente acerca de suas tarefas e competências no exercício de suas funções. Devem se perguntar o que fazer, como fazer e quando fazer, distinguir momentos quase imperceptíveis nos quais devem falar ou calar-se, identificar possíveis fontes de conflito ou estresse e observar diferentes necessidades de atendimento, conforme o estado emocional do paciente ou conforme a patologia exigir.

Com o principal propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em substituição ao modelo tradicional (que valorizava o hospital), se espera das UBS um atendimento de qualidade, atuando na prevenção de doenças e diminuindo o número de internações de forma a levar a saúde para mais perto da comunidade.

No entanto, algumas complexidades se associam a esse propósito, ao se considerarem os aspectos humanos, logísticos e de prestação de serviços nas diferentes localidades em que as UBS se localizam. Do ponto de vista das equipes que prestam atendimento, o Ministério da Saúde (MS) relaciona uma longa lista de competências que os profissionais devem reunir, das quais fazem parte não apenas o conjunto de tarefas que lhes cabem, mas também aspectos relacionados a formas de conscientização, de formação da opinião e de incorporação de hábitos, comportamentos e atitudes.

Por exemplo, faz parte do conjunto de competências dos profissionais que integram as UBS conhecer a realidade das famílias que atendem, no que se refere aos aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos. Tal capacidade exige não apenas discernir fatores demográficos e fisiográficos, mas, também, analisar as condições que resultam da realidade desses quadros. Outra competência que se relaciona não apenas a um fator técnico, mas a uma capacidade a ser construída, é a valorização da relação com o usuário e sua família, para criação de vínculo de confiança, afeto e respeito.

O desenvolvimento profissional, na ótica da comunicação, atende à necessidade permanente de definição, identificação, mapeamento e utilização de novas competências. Sobre isso comenta Denise M. de Carvalho (2003, p. 16):

O conceito de competência nos diz ser ela fator primordial para a conduta humana quando da realização de procedimentos ou tarefas. Não apenas pelo fato de realizar coisas corretamente e de forma válida, mas por conferir ao homem o sentido humano de suas capacidades. Ser competente significa, de modo amplo, estar no mundo de forma útil e participativa. Dessa forma, no que fazem e no modo como realizam coisas, as pessoas precisam se sentir integradas ao mundo, sendo isso o que as capacita a interagir sobre ele.

Ao referir que “a competência expressa uma necessidade social de fórum íntimo, fazendo parte da integralização do indivíduo” (Carvalho, 2003, p. 17), a autora acentua que desenvolver competências faz parte do ser social do indivíduo, sendo fundamental o estímulo a novos saberes. Na particularidade de trabalhos cujo desempenho exija a atuação de vários profissionais, essa condição se faz ainda mais presente ao considerar que, primeiro, para atingir bons resultados, cada profissional de uma equipe deve exercer bem seu trabalho; segundo, é necessário que o grupo reconheça o trabalho de cada um de seus membros e o valorize como parte do trabalho de todos, o que se traduz na integração para realização da tarefa.

Outro aspecto importante diz respeito à significação ampla e rica de uma competência, que, mais frequentemente, se tem associado ao fato de realizar uma coisa bem ou corretamente e de forma válida. De fato, trata-se de uma qualidade requerida, mas que se refere apenas ao produto final (o ato), desconsiderando que

a competência traz, em sua base, a singularidade do indivíduo. Por isso, embora duas pessoas possam realizar a mesma tarefa de forma correta, o modo de cada uma realizá-la dará medidas diferentes para o reconhecimento de cada uma delas. Este modo particular resulta do subconjunto de atributos que incidem no modo de fazer as coisas e, por isso mesmo, se relaciona mais intimamente à natureza de cada um. Essa elasticidade dificulta, então, nominar ou qualificar o jeito de se fazer coisas. Em dada situação, isto pode ser visualizado através de um rol de procedimentos elencados previamente atendendo critérios de ordem, classificação ou outros, mas a atitude pessoal torna difuso perceber fatores subjacentes (Carvalho, 2003, p. 17).



Nesse caminho, o processo de identificar, construir e disponibilizar competências de determinado profissional não se relaciona apenas a aperfeiçoar uma técnica ou procedimento, mas, antes, à articulação de diversos elementos para obter o máximo de uma capacidade. A área da saúde exige muito dos profissionais que precisam lidar com as enfermidades do paciente, com as limitações do sistema político de saúde, com as condições socioeconômicas e também com as condições de aprendizagem e trabalho. Esse assunto tem sido alvo de estudo por parte de alguns autores, como Regina R. Witt e Maria C. Almeida (2003) e Ricardo R. Teixeira (2005), que consideram fundamental a noção de competência humana na área da saúde, à medida em que a nova visão de qualidade em saúde considera não só aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas inclui a humanização do cuidado na perspectiva do cliente.

Dessa forma, a competência pode ser vista como uma condição dinâmica que necessita de direcionamento e exercício constante, fazendo parte da formação profissional e geral do indivíduo, sendo que a capacitação profissional possibilita a continuidade do processo de aperfeiçoamento.

O planejamento de uma UBS é realizado com base em áreas de trabalho determinadas, mas para garantir o equilíbrio é preciso que os integrantes interajam de forma sistêmica, relativizando as competências a fim de garantir a unidade multiprofissional, como diz Paulo Freire (2002, p. 69): “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”.

No meio da saúde, com jornadas que podem levar à exaustão, e vendo todos os tipos de casos – às vezes experimentando euforia e/ou frustração –, os profissionais são orientados para uma prática que, com frequência, os leva a ver o ser humano dissociado de sua condição social, como se isso fosse possível, seja qual for a condição social do indivíduo.

A LENTE DE HABERMAS

A abordagem deste artigo se pauta pela ação comunicativa de Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, considerado autor da segunda geração da Escola de Frankfurt.

Aqui, o pensamento habermasiano é proposto como alicerce e orientação de uma ação multiprofissional que tenha como base a interação dos indivíduos envolvidos, para a solução de um problema em saúde, e para produção de conhecimento em saúde, tendo em vista que, para Habermas, a racionalidade é tida como inspiradora das relações em sociedade e permite a autonomia dos indivíduos possibilitando maior entendimento do mundo (Habermas, 1987a, 1987b, 1987c, 1987d).

Ao propor a teoria da ação comunicativa, Habermas parte do princípio de que os homens são capazes de ação, utilizando a linguagem para se comunicar com os seus pares, a fim de chegar



a um entendimento (Iarozinski, 2000, p. 13). Também entende que a comunicação pode não apenas reconstruir racionalmente os fundamentos da vida social, mas também superar a visão negativa de desenvolvimento da teoria da sociedade (Rüdiger, 2011; Aragão 1992; Boladeras, 1996; Velasco Arroyo, 2003).

A ação comunicativa

Habermas (1987b, p. 418) define a ação comunicativa como

aquela forma de interação social em que os planos de ação dos diversos atores ficam coordenados pelo intercâmbio de atos comunicativos, fazendo, para isso, uma utilização da linguagem (ou das correspondentes manifestações extraverbais) orientada ao entendimento. À medida que a comunicação serve ao entendimento (e não só ao exercício das influências recíprocas), pode adotar para as interações o papel de um mecanismo de coordenação da ação e com isso fazer possível a ação comunicativa.

Francisco Rüdiger (2011, p. 97) explica que a sociedade não se rege apenas pela razão instrumental. Presa aos esquemas da subjetividade, baseia-se também em uma razão comunicativa, de natureza intersubjetiva, que se constitui no curso da interação social entre os homens. Explica o autor que “a descoberta da razão dialógica permite, portanto, reformular positivamente o diagnóstico pessimista sobre a dialética da razão (subjetiva), reabilitando o projeto de realização humana concebido pela modernidade” (Rüdiger, 2011, p. 101).

Assim, a razão instrumental é repensada em termos da razão comunicacional, por meio de relações intersubjetivas, quando dois ou mais sujeitos buscam a interação, visando compreender algum objeto ou assunto, por meio de um posicionamento comum.

As relações intersubjetivas é que permitem identificar a pluralidade dos interesses em uma discussão, sendo neste ponto que se observa a necessidade de reconstruir um espaço crítico e aberto de uma ética da discussão. Habermas (1987b, p. 390) entende a racionalidade como uma fonte inspiradora das ações humanas e que permite a libertação dos homens e maior entendimento do mundo:

Eu mostrarei que uma mudança de paradigma para o da teoria da comunicação tornará possível um retorno à tarefa que foi interrompida com a crítica da razão instrumental. Esta mudança de paradigma nos permite retomar as tarefas, desde então negligenciadas, de uma teoria crítica da sociedade.

Para a Escola de Frankfurt, a racionalidade científica era neutra em relação a valores, e isto bloqueou o exame da razão, tornando subjetivas e irracionais as questões sociais que não se expli-



cavam pela relação meio-fim. Para seus representantes, a intenção da ciência e da técnica era mesmo a dominação, porque sempre buscavam submeter a natureza ao domínio do homem. Por trás deste entendimento, vê-se uma forma de dominação política no processo de sua construção.

O pensamento de Habermas aceita a racionalidade instrumental da ciência e da técnica porque estas cumprem um sentido de autodefesa do homem. O autor vê no trabalho, por exemplo, a busca pelos meios para atingir determinados fins e, na ciência e na técnica, funções que ampliam as possibilidades humanas, livrando o homem da dependência de coisas materiais. Além disso, o desenvolvimento da trajetória humana resulta de um percurso que perpassa os níveis tecnológico, institucional e cultural (Gonçalves, 1999, p. 128).

Habermas identifica dois campos de ação: o trabalho e a interação social. O primeiro é entendido pelas conquistas do homem sobre a natureza e o segundo diz respeito às normas sociais que regem a convivência dos indivíduos em sociedade, particularmente nas competências de comunicar e agir. Nesse ponto, predomina a ação comunicativa; mais precisamente, uma interação simbolicamente mediada, a qual se orienta “segundo normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes” (Gonçalves, 1999, p. 130).

As instituições estão sujeitas à racionalidade instrumental da ciência, afastando-se do plano do argumento e da controvérsia. No outro extremo, a racionalidade instrumental ocupou o lugar da interação comunicativa. As antigas ideologias que regulavam as relações de poder foram suplantadas pela interação comunicativa da comunidade, do ponto de vista das determinações práticas. A racionalidade instrumental não se refere ao certo e ao errado, à justiça ou à injustiça, mas apenas diz se as determinações práticas são ou não adequadas. Por isso, prescindem de valores éticos, políticos ou técnicos (Habermas et al. 1971; Habermas 1990a, 1990b).

Para Habermas (1989), os problemas da sociedade industrial nada ou pouco têm a ver com questões científicas e tecnológicas. As ações dos indivíduos fazem parte de uma rede de interações, de forma que a interação social é uma interação comunicativa.

O campo de ação da racionalidade instrumental esvazia a ação comunicativa, gerando nas pessoas diversas angústias sociais, tais como o isolamento e a competição, somente para citar alguns exemplos. Habermas (1990a, 1994) vislumbra o resgate dessa condição por meio da razão comunicativa, capaz de devolver ao homem seu papel de sujeito.

No campo da saúde, condições mais favoráveis perpassam ações profissionais capazes de conduzir à mudança, no sentido de orientação das práticas e democratização dos acessos. Apenas assim, o bom propósito da “atenção básica” – a saber, o atendimento coletivo e a atenção à saúde – será viável. Então, se capacitada, os esforços de uma equipe multiprofissional de saúde se mostram compatíveis com os conceitos da ação comunicativa, defendida por Habermas (1993),



à medida que, se educando para a saúde, o aspecto formativo retratará indivíduos mais críticos e participativos, capazes de antecipar-se às expectativas dos pacientes e da comunidade.

Interação

Uma habilidade importante em Habermas se refere à defesa da verdade, da liberdade e da justiça como parte da estrutura das ações do cotidiano:

As comunicações que os sujeitos estabelecem entre si, mediadas por atos de fala, dizem respeito sempre a três mundos: o mundo objetivo das coisas, o mundo social das normas e instituições e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. As relações com esses três mundos estão presentes, ainda que não na mesma medida, em todas as interações sociais (Gonçalves, 2000, p. 120).

A ação interativa se dá a partir da coordenação das ações dos indivíduos envolvidos no processo, de forma que o resultado depende do modo como eles veem o mundo e como atendem aos critérios estabelecidos pelas regras. Observe-se que a interação se dá a partir de normas sociais previamente estabelecidas e aceitas pelos participantes, expressando tais normas as expectativas de todos os elementos do grupo ou as que se desenvolvem no decorrer do processo.

Cada indivíduo, então, espera dos outros elementos determinado comportamento já conhecido pelos demais. A questão não é se uma ação leva ao êxito ou não, mas o quanto os indivíduos a reconhecem e a valorizam, de forma que o não-cumprimento do estabelecido irá gerar coações (Habermas, 1997).

Outro aspecto é que por meio da interação as pessoas retratam experiências, expectativas, desejos, anseios, vivências, objetivos, etc., de tal forma que revelam seu interior. Embora, em alguma medida, isso possa ser controlado pelos seres humanos, em tais situações as pessoas revelam alguma parte de suas convicções e verdades (Habermas, 1993).

É fato que, individualmente, as pessoas pretendem determinadas coisas para as quais buscam validade no processo de comunicação. Tal validade significa corresponder às normas e se adequar a elas, ao mesmo tempo em que as experiências e intimidades das pessoas se deparam com a validade que buscam para suas ações, o que significa que se exige delas sinceridade em suas atuações.

Desse ponto de vista, a linguagem se destaca, à medida em que legitima valores (sinceridade, adequação, atendimento às normas e verdade) nas ações comunicativas, sendo que não pode ser alcançada pela relação meio-fim, mas pelo que está acordado e validado pelo grupo.

A organização social, então, se dá à medida que houver interação dos seres humanos por meio da linguagem e de forma independente de imposições interna e externa. Habermas (1990a) de-



fende o discurso como parte da capacidade dos indivíduos de se comunicarem, visando à obtenção da legitimidade de suas opiniões e das normas às quais precisam cumprir. A isto denomina *agir comunicativo* ou *interação*.

A interação funciona como base do processo de comunicação visando à troca entre os indivíduos, utilizando, para isso, o discurso já legitimado pelas normas e validado em suas proposições. De outra parte, o discurso serve à interação à medida que possibilita aos indivíduos se comunicarem de forma independente e em harmonia (Habermas, 1990c).

A ação comunicativa de Habermas também atende a uma função educacional, por seu caráter interdisciplinar. Diversos autores concordam a respeito disso (Schäfer e Schaller, 1982; Pucci et al., 1994; Freitag e Rouanet, 2005; Freitag, 1994; Flecha, 1996; Peukert, 1996; Prestes, 1996).

DISCUSSÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sua matriz teórica no campo da vigilância à saúde (Merhy; Onoko, 2006), vivendo ainda o desafio de superar a configuração arraigada no modelo médico hegemônico. O modelo que se busca – centrado no usuário –, ao exigir maior capacitação dos profissionais abre caminho para o uso de técnicas de comunicação como uma forma de promover a adesão por parte das equipes espalhadas por todo o Brasil.

As diretrizes do programa preconizam: 1. O caráter substitutivo – proposição de um trabalho centrado na vigilância à saúde, em substituição às práticas convencionais de assistência; 2. Integralidade e hierarquização – que coloca a Unidade de Saúde da Família no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; 3. Territorialização e adscrição da clientela – por trabalhar com território de abrangência definido; e 4. Equipe multiprofissional – composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Tomando-se por base o conceito de Habermas, uma equipe se organiza em dois momentos distintos: em suas percepções individuais e nos acordos estabelecidos em grupo. As percepções individuais dizem respeito a crenças, vivências, formação, opinião e expectativas, enquanto os acordos estabelecidos perpassam as normas e regras estabelecidas pelo governo e pelas proposições do programa. Em linhas gerais, na execução, tais normas são conhecidas e devem ser cumpridas por todas as equipes.

Uma equipe deve demonstrar objetivos bem definidos, os quais todos os membros se esforcem por alcançar e, nessa direção, a interação dos membros se mostra muito necessária para avaliação do processo, correção e garantia do bem coletivo. O diálogo, então, passa a ser o centro das



negociações e das trocas, como exercício das capacidades críticas de seus membros, bem como de participação destes, o que se mostra compatível com a ação comunicativa de Habermas.

A equipe também se relaciona a um aspecto de saúde, devendo todos os seus membros se mostrar sadios, e atende ao conceito de receptividade (porta de entrada), visto que é o grupo terciário com o qual os indivíduos mantêm contato, são acolhidos e recebem informações.

Portanto, ações de comunicação se mostram suficientes para estimular a interação comunicativa dos profissionais, buscando a adesão às diretrizes por meio da troca de opiniões, conhecimentos e vivências.

A ação comunicativa permite estabelecer o diálogo na busca pelo autoconhecimento dos indivíduos de um grupo, reconhecer as competências dos demais elementos e estabelecer um acordo sobre as regras fixadas. Na análise deste artigo, os indivíduos são representados pelos profissionais, a equipe é o grupo e as regras são as diretrizes fixadas pelo governo.

Na base da ação comunicativa, é muito importante que entre o grupo haja um comprometimento verdadeiro com as regras estabelecidas. Tal comprometimento deve acontecer no nível da competência pessoal dos profissionais e do conceito de equipe.

Uma abordagem sistêmica deve ter como propostas levantar o conhecimento dos profissionais a respeito de suas próprias funções, das funções dos outros profissionais e do desempenho da equipe para conhecer a opinião dos indivíduos sobre o próprio trabalho e sobre a organização do trabalho em equipe. O principal objetivo dessa abordagem é conhecer, individualmente, as subjetividades do entendimento sobre a tarefa, a interação necessária, o quanto concordam ou não com as diretrizes e o quanto compartilham as mesmas opiniões.

O processo de ação comunicativa deve buscar: 1. A participação de todos os profissionais da equipe; 2. A compreensão deles em relação à orientação para o trabalho; e 3. A percepção, por meio do diálogo, acerca do quanto o desempenho da equipe se mostra em conformidade com os propósitos do governo (regras estabelecidas).

A participação dos profissionais deve ser buscada como instrumento coordenador da ação, tendo em vista que uma condição para a interação é que os integrantes estejam de comum acordo acerca do que consideram como válido para suas expressões e que conheçam intersubjetivamente as pretensões de validade dos demais. Nesse espaço é muito importante garantir a validade das opiniões, para gerar um consenso na conclusão do processo. É nesse momento que ocorrem as negociações e os questionamentos e são identificados outros sentimentos, como contrariedades, incertezas ou anseios.



Conforme Habermas, a manifestação de validade perpassa três condições: a condição de verdade, a legitimidade e adequação às regras vigentes ou ao estabelecido; e a intenção de quem fala. Esse processo comunicativo é extremamente crítico quanto a validar o que será acordado pelo grupo, considerando o seguinte: a todos os indivíduos é garantida a oportunidade de expressão por meio da comunicação, tomando como base os discursos, os questionamentos e as argumentações.

Um segundo aspecto se refere ao espaço aberto em que a todos os participantes foram oferecidas as mesmas oportunidades de opinar, interpretar, declarar e justificar suas ideias, tendo em vista não desprezar nenhuma ideia a respeito do tema. Nesse espaço permitir-se-á aos participantes a oportunidade de manifestar atitudes, sentimentos e desejos no sentido de manterem-se fiéis aos seus sentimentos e desejos, deixando transparecer seu interior. Por outro lado, assegura-se a possibilidade de os profissionais regularem seus atos, ao agir e influenciar regras e regulamentos: aceitando-as, explicando-as e solicitando-as.

Como base para uma ação comunicativa, a integração dos profissionais deve acontecer voluntariamente, esperando-se que a mobilização da racionalidade seja suficiente para completar a ação dos indivíduos em torno de um entendimento.

Estabelecidas as regras de participação e o consenso, a ação comunicativa consiste em tornar o esforço do grupo em comum acordo para adesão aos objetivos do trabalho.

O objetivo da intervenção por meio da ação comunicativa é oferecer caminhos comuns e articulados para os profissionais viverem experiências que possibilitem aumentar seus conhecimentos acerca de suas próprias atividades e dos demais profissionais, com base em uma visão crítica da realidade e da necessidade de se manterem fiéis às diretrizes (regras). Nesse sentido, a partir da realidade que diz respeito à própria comunidade, os pensamentos e sentimentos (razão subjetiva) orientarão uma participação ativa dentro de princípios de cooperação.

O processo interativo surge da equipe, exigindo o esforço de todos no que se refere a cumprir plenamente a realização de uma ação comunicativa com a pretensão de sua validade. A adesão às diretrizes se concretiza por meio de uma comunicação simétrica e livre. Tal desempenho se revela a partir de um processo comunicativo no qual cada profissional é considerado um ator importante na cena de um diálogo, no momento em que é submetido à interpretação dos outros e também se abre à possibilidade de críticas às suas próprias interpretações.

Assim, a adesão aos objetivos da Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser buscada por meio de um acordo que se desperte no grupo. Os princípios e as normas que guiarão esses profissionais, conforme critérios e redimensionamento do processo de interação, resultarão da interação do grupo, obtida em um consenso.



A ação comunicativa de Habermas, que tem chamado a atenção de muitas ciências, se mostra como um processo de interação que valoriza o sujeito, a partir de sua individualidade, de como ele vê e percebe o grupo e do quanto se compromete e concorda com as normas após um processo de interação, no qual suas opiniões e atitudes foram compartilhadas, preservadas e vivenciadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo mostrou que os problemas de promoção da saúde dizem respeito a uma discussão multidisciplinar que pode dar conta da situação. O conceito da ação comunicativa pode ser utilizado nos serviços de saúde, a fim de que atitudes e comportamentos se voltem às práticas criativas e humanizadas, que se refiram à inclusão, respeitando limites e diferenças profissionais.

Em conformidade com a teoria da ação comunicativa, o texto demonstrou que envolver a equipe ativamente na construção de um acordo em torno dos princípios das UBS permite capacitá-la não apenas em torno do desempenho desejado, mas também na interpretação e autoavaliação de suas práticas.

O conceito da ação comunicativa se mostra suficiente para que atitudes e comportamentos se voltem às práticas criativas e humanas. Diante das transformações impactantes que atingem o Sistema Único de Saúde (SUS), uma direção para sua viabilidade social e econômica exigirá da área da saúde uma abordagem multidisciplinar que complemente os seus propósitos.

O futuro da humanidade e os esforços empenhados para solução dos seus problemas passará pela interação que leve a acordos sociais para a produção e o consumo de bens e serviços. A área da saúde está sendo desafiada a manter um modelo no qual o significado se baseie na colaboração de todos os elementos da sociedade envolvidos.

Na busca por um modelo social mais justo, mais responsável e que arrisque menos o futuro das pessoas, o agir comunicativo propõe um significado para as relações dos homens, baseando-se no diálogo, na integração e na cooperação, apontando uma nova direção para profissionais, pacientes e sociedade.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Lúcia Maria de Carvalho. *Razão comunicativa e teoria social crítica* em Jürgen Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.

BOLADERAS, Margarita. *Comunicacion, ética y política*: Habermas e seus críticos. Madrid: Tecnos, 1996.



BRASIL Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 25 jun. 2009.

CARVALHO, Denise Maria W. de Competências e atividades: uma contribuição a um estudo da representação. Dissertação (Mestrado em Informática) – PUC-PR, Curitiba, 2003.

DONATO, Ausonia F.; GOMES, Ana Luisa Z. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. *Bis – Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo*, v. 12, n. 1, p. 37, abr 2010. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis50-completo.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2010.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico-assistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREITAG, Barbara. *A teoria crítica: ontem e hoje*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

FREITAG, Barbara; Rouanet, Sérgio Paulo. *Dialogando com Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2005.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GONÇALVES, Maria A. Salin. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidade de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. [1999]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301999000100007>. Acesso em: 05 abr. 2011.

HABERMAS, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. 3. ed. Madrid: Cátedra, 1997.

_____. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa. Edições 70, 1994.

_____. *Passado como futuro*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.

_____. *O discurso filosófico da modernidade*. Trad. de Ana Maria Bernardo e outros. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990a.

_____. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990b.

_____. *Consciência moral e agir comunicativo*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. *Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer*. Porto Alegre: L&PM, 1987a.

_____. *Conhecimento e interesse*. Rio de Janeiro: Guanabara. 1987b.

_____. *Teoría de la acción comunicativa II: crítica de la razón funcionalista*. Madri: Taurus, 1987c.



_____. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1987d.

HABERMAS, Jürgen et al. Comunicação, opinião pública e poder. In: COHN, Gabriel (Org.). *Comunicação e indústria cultural*. São Paulo: Cia. Editora Nacional / Edusp, 1971.

IAROZINSKI, Maristela Heidemann. Contribuições da teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas para a educação tecnológica. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Curitiba, Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, 2000.
MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PEUKERT, Helmut. Problemas básicos de uma teoria crítica da educação. *Educação & Sociedade*, Campinas, Cedes/Papirus, n. 56, p. 412-430, 1996.

PRESTES, Nadja M. Hermann. *Educação e racionalidade*: conexões e possibilidades de uma razão comunicativa na escola. Porto Alegre: Edipucrs, 1996.

PUCCI, Bruno et al. *Teoria crítica e educação*: a questão cultural na Escola de Frankfurt. Petrópolis: Vozes, 1994.

RÜDIGER, Francisco. A escola de Frankfurt: Jürgen Habermas. Disponível em: <http://www.robertexto.com/archivo14/frankfurt_pt.htm>. Acesso em: 05 jan. 2011.

SCHÄFER, Karl Hermann; SCHALLER, Klaus. *Ciência educadora crítica e didática comunicativa*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1982.

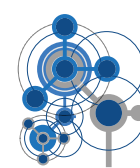
TEIXEIRA, Ricardo R. Humanização e atenção primária a saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*., Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

VELASCO ARROYO, Juan Carlos. *Para ler Habermas*. Madrid: Alianza, 2003.

WITT, Regina R.; ALMEIDA, Maria C. P. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 559-68, out.-dez. 2003.

WOLF, Mauro. *Teorias das comunicações de massa*. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 271-272.

Recebido em: 4.03.2012 / Aceito em: 31.05.2012





Dilemas sociais em campanhas de saúde pública: efeitos do conteúdo na percepção do público

Social dilemmas in public health campaigns:
effects of the content on the perception of the public

Dilemas sociales en campañas de salud pública: efectos
del contenido en la percepción del público

José Luiz Gomes Júnior

- Bacharel em Comunicação Social – Publicidade e Propaganda pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- E-mail: moriartyzed@gmail.com

Leandro Leonardo Batista

- Doutor em Comunicação Social e mestre em Propaganda pela University of North Carolina (UNC)
- Professor do curso de Publicidade e Propaganda da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação da ECA-USP
- E-mail: leleba@usp.br



Resumo

Em questões de saúde pública, a participação dos cidadãos é essencial para garantir o sucesso da ação, pois existe a demanda por um esforço individual que assegure benefício ao grupo, podendo existir um equilíbrio entre ganho social e pessoal. Tendo como pano de fundo a teoria dos dilemas sociais, o texto discute resultados obtidos com a realização de experimento cujo objetivo esteve em avaliar efeitos imediatos associados ao conteúdo de peças selecionadas. Os temas abordados pelas campanhas apresentam uma característica em comum: são situações de grande interesse social que só podem ser resolvidas com forte atuação individual.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO DE RISCOS • DILEMA SOCIAL • CAMPANHAS PÚBLICAS • SAÚDE PÚBLICA • ANÁLISE DE CONTEÚDO

Abstract

In matters of public health the participation of the citizens is essential to ensure the success of the action, as there is a demand for an individual effort that can assure benefits for the group, where there can be a balance between social and personal gain. Using as a base the social dilemma theory, the text discusses the results obtained from an experiment having the objective of assessing the immediate effects associated with the content of selected pieces. The themes addressed by the campaigns have a common characteristic: all are situations of major social interest that can only be resolved with strong individual participation.

KEYWORDS: RISKS COMMUNICATION • SOCIAL DILEMMA • PUBLIC CAMPAIGNS • PUBLIC HEALTH • CONTENT ANALYSIS

Resumen

En cuestiones de la salud pública, la participación de los ciudadanos es esencial para garantizar el éxito de la acción, ya que existe una demanda para un esfuerzo individual que garantice beneficios al grupo, pudiendo existir un equilibrio entre beneficio social y personal. Colocando como tema de fondo la teoría de los dilemas sociales, el texto discute los resultados conseguidos con la realización del experimento cuyo objetivo consistió en evaluar los efectos inmediatos asociados al contenido de las piezas seleccionadas. Los temas abordados por las campañas presentan una característica en común: son situaciones de gran interés social que solamente pueden ser decididas con una fuerte actuación individual.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN DE RIESGOS • DILEMA SOCIAL • CAMPAÑAS PÚBLICAS • SALUD PÚBLICA • ANÁLISIS DE CONTENIDO



Tomando como pano de fundo a teoria dos dilemas sociais, este texto discute os resultados obtidos com a realização de um experimento cujo objetivo está em avaliar efeitos imediatos associados ao conteúdo de peças de campanhas públicas recentes na área de saúde pública. Os problemas sociais abordados pelas campanhas selecionadas apresentam uma característica em comum: são situações de grande interesse social e que só podem ser resolvidas com forte atuação individual.

É grande e necessário o interesse em conhecer como o conteúdo dessas campanhas interage com a atitude dos receptores, uma vez que o objetivo delas é gerar comportamentos específicos em determinados públicos, mudanças que representam a condição necessária para que o problema social seja resolvido. Assim, os resultados aqui obtidos têm como finalidade colaborar no desenvolvimento de campanhas públicas mais eficientes.

Inicialmente, buscaremos conceituar o que é dilema social para posteriormente procedermos à descrição do experimento realizado, os resultados obtidos e uma discussão de sua relevância para as campanhas observadas.

O QUE É DILEMA SOCIAL

Conceito

Cada vez mais, campanhas públicas vêm buscando motivar cidadãos para colaborar, de alguma forma, com as mais variadas causas. Prevenção de doenças, uso consciente do voto, preservação ambiental são apenas alguns dos variados exemplos desse tipo de campanha. Todas elas caracterizam-se por apresentar um problema a ser resolvido para o bem do grupo, mas que demanda ações individuais de todos os integrantes. Assim, a conscientização individual é o objetivo maior dessas campanhas, uma vez que, na maioria dos casos, o benefício pessoal alcançado é menos perceptível do que o esforço demandado. Temos aí um típico caso de dilema social.

A teoria do dilema social tem origem na teoria dos jogos (1950), de John Nash. A partir dela, observou-se que todos os indivíduos de determinado grupo deveriam vencer, com base num ponto de equilíbrio que, caso fosse alterado, não traria o mesmo benefício para todos. Aplicando essa visão para as ciências humanas, temos o dilema social como um interesse comum dentro de um grupo e que, para ser alcançado, demanda esforços individuais dos membros desse grupo, esforços estes maiores – pelo menos perceptivelmente – do que o benefício individual recebido.

Vários casos do dia a dia podem ser identificados como dilemas sociais, tais como a dengue (todos têm que colaborar para uma efetiva solução), gripes, epidemias, aids etc. É fácil perceber que em todos esses exemplos temos um benefício pessoal (individual) e um social (coletivo) e



que, embora os dois estejam presentes, eles podem ser percebidos em diferentes níveis. Na dengue o benefício pessoal pode ser percebido como menor do que no caso da aids, donde a maior facilidade em obter a colaboração individual no segundo caso do que no primeiro.

Há ainda outros aspectos que aumentam a dificuldade de lidar com esses dilemas. Os benefícios, além de menores, podem se apresentar somente no longo prazo, às vezes somente para as futuras gerações. A economia de água é um claro exemplo. Os indivíduos precisam economizar hoje para não faltar futuramente. No entanto, se a maioria economizar, esse bem pode ser alcançado, mesmo sem a participação de todos.

Nessa visão, os dilemas sociais apresentam uma peculiaridade, pois essas situações podem implicar que o maior esforço em colaborar não gere maior benefício, ocasionando justamente o contrário. O fato é que aqui entram os chamados *free riders* – caronas, na tradução livre –, aqueles que preferem não colaborar e acabam se beneficiando na esteira dos esforços dos outros que colaboraram, estes classificados como sacrificados – no original, *suckers* (Wiener; Doescher, 1991).

Fica evidente que essa diversidade de posicionamentos individuais frente a diversos problemas sociais depende de atitudes pessoais, salientando a importância da comunicação de riscos em facilitar o entendimento de que, embora o esforço pessoal feito seja desproporcional ao benefício alocado ao indivíduo, a não-solução do problema causa prejuízos sociais e pessoais maiores. Assim, as campanhas têm que se comunicar tanto com os que colaboram quanto com aqueles que não colaboram, ficando claro que somente com a participação de todos o bem é alcançado de maneira justa e equilibrada.

Tipos de dilema social

De acordo com Anisha Shankar e Charles Pavitt (2002), os dilemas sociais podem ser classificados em dois tipos, em função dos benefícios que são compartilhados pelo grupo: o dilema de recursos e o de bens comuns.

O chamado dilema de recursos é aquele em que o benefício ocorre quando os indivíduos do grupo decidem pela retirada mínima dos recursos comuns – por exemplo, da natureza – a fim de que estes sejam conservados para que todos possam deles usufruir. Kimberly Wade-Benzoni, Ann Tenbrunsel e Max Bazerman (1996) observaram que, caso não haja colaboração coletiva, o ganho pessoal será pequeno e imediato, enquanto o prejuízo social será amplo, mas percebido somente em longo prazo. Esse tipo de dilema é de grande relevância atualmente, visto que ele se relaciona principalmente à extração de recursos naturais. Se os interesses pessoais prevalecerem, buscando o proveito máximo do recurso, o bem se esgotará e colocará em risco todos os indivíduos do grupo.



Portanto, a comunicação tem papel fundamental nesses casos, uma vez que ela é capaz de gerar esclarecimento e fortalecimento das crenças que minimizem as percepções das vantagens do ganho imediato individual e maximizem a valorização dos ganhos futuros sociais. A comunicação pode controlar também a incerteza social, ou seja, a incerteza que o indivíduo tem sobre a atitude dos outros do grupo – se irão colaborar ou não. Se essa incerteza prevalecer, a tendência é que os indivíduos usem ainda mais o recurso, a fim de aproveitá-lo enquanto ele ainda perdura, sem uma preocupação com o futuro do bem e/ou da sociedade.

Já o dilema de bens comuns é aquele em que os indivíduos decidem contribuir para que todos possam usufruir posteriormente do benefício alcançado. Dessa forma, a diferença entre os dois tipos de problemas é que no primeiro o bem existe, os indivíduos podem se beneficiar dele imediatamente e o foco é na preservação desse patrimônio. No segundo tipo, o benefício não pode ser usufruído imediatamente, o foco da comunicação é no benefício que virá. Um bom exemplo deste último caso são as campanhas de vacinação: todos tomando uma vacina podem fazer uma doença desaparecer – como foi o caso da poliomielite no Brasil.

O papel da comunicação nesse último tipo é gerar confiança nos participantes de que o bem será alcançado. No caso da poliomielite, a doença está erradicada (o bem foi alcançado), mas a proteção continua necessária uma vez que o contato com pessoas de outros países ainda pode contaminar a população brasileira.

A análise de casos estudados no presente trabalho diz respeito ao dilema de bens comuns.

Soluções para o dilema social

O dilema social é um problema complexo, visto que sua principal característica é que o esforço individual aplicado é maior do que o ganho coletivo percebido. Robyn Dawes (1980) enumera três razões para que a relação custo-benefício individual seja baixa: o principal beneficiário da ação individual é a comunidade; por outro lado, o custo dessa ação é direto e pessoal; por fim, para que se atinja o benefício ideal, deve haver colaboração da maioria dos indivíduos.

Para solucionar os dilemas, existem basicamente dois tipos de estratégias de mobilização pública: as soluções comportamentais e as soluções estruturais. (Messick; Brewer, 1983). As soluções comportamentais consistem na indução à cooperação com base no próprio comportamento, ou seja, no valor moral que ele carrega consigo. Assim, a doação voluntária de alimentos ou de sangue é feita pelo valor moral positivo que a sociedade atribui a essas ações. Nesses casos, cabe à comunicação criar e/ou incentivar um novo modelo comportamental que seja socialmente percebido como positivo. Essa solução demanda um enorme esforço comunicativo para conseguir gerar algum estímulo e, posteriormente, a ação propriamente dita, porém ela também é a



que garante resultados mais duradouros na sociedade, uma vez que há uma incorporação de um novo comportamento nos indivíduos. Ou seja, a recompensa pelo esforço é associada a valores sociais e não materiais e, uma vez adotado esse novo comportamento, a expectativa é que ele seja duradouro.

As soluções estruturais, por sua vez, consistem na mudança da estrutura da situação, de forma que ela não seja mais vista como um dilema social. Nesse caso, altera-se a percepção do custo-benefício individual, de modo que a opção de colaboração torna-se a mais vantajosa para o sujeito que colabora. Normalmente, essa alteração ocorre ou por meio da punição para a não-cooperação ou pela bonificação. Um exemplo de punição é o rodízio de carros em São Paulo, em que se multa quem não colabora com a causa; já um exemplo de bonificação seriam descontos para aqueles que não usam sacola plástica em supermercados. Esse tipo de solução pode ser bastante eficaz em curto prazo, mas, logo após o término do sistema de compensação (punição/bonificação), existe a chance de os indivíduos retornarem ao comportamento anterior (Anger, 2008).

Barreiras à cooperação

Ao estudar a comunicação nos dilemas sociais, é importante conhecer os motivos que fazem com que os indivíduos não colaborem com a causa. Três barreiras à cooperação foram identificadas por Wiener e Doescher (1991).

A primeira barreira diz respeito ao desejo de manter a liberdade de escolha. Em qualquer tentativa de mudança nos hábitos de um grupo, sempre haverá aqueles que recusam simplesmente por uma questão de escolha própria, por sua vontade individual. Quando existe a percepção de ameaça à sua liberdade, os indivíduos tendem a se posicionar contra tais medidas. É a chamada *reactance* – algo como “teoria de reação às ameaças” ou, simplesmente, reactância (Anger, 2008). Assim, o sujeito se recusa a racionalizar a utilização do automóvel em prol do meio ambiente, porque defende sua liberdade de se locomover da maneira que julgar mais conveniente (direito de ir e vir). Wiener e Doescher (1991) sugerem, nesse caso, sensibilizar o indivíduo por meio do apelo do *sick baby*, que consiste em comunicar que a situação está muito ruim e ampliar a percepção de que, pela não-cooperação, o bem social irá desaparecer, de modo a forçar sua colaboração.

A segunda barreira consiste no desejo de não ser um sacrificado (*sucker*), aquele que está fazendo o esforço por todos. Segundo Wiener e Doescher (1991), o medo de ser taxado como sacrificado surge dos significados simbólicos que esse nome possui: aquele que é enganado, usado, ingênuo. Essa questão tem a ver com a desconfiança em relação à participação dos outros membros do grupo. Se o indivíduo acha que ninguém está colaborando com a causa, ele pode desistir de participar, criando um ciclo de desinteresse social. O medo de ser um sacrificado, aliado à desconfiança de que ninguém irá cooperar, faz com que o indivíduo não altere seu comportamento. Aqui, a comunicação é importante no sentido de divulgar o engajamento da população e das



autoridades. Sugere-se utilizar o discurso do *well baby*, no qual se apresenta um panorama de melhora da situação pela colaboração de parte do grupo envolvido, como um *feedback* positivo dos esforços já empregados. Dessa forma, a percepção de ser um sacrificado é enfraquecida frente à ideia de que é possível alcançar os resultados.

Outra barreira diz respeito à falta de interesse pelo problema. Uma forma de lidar com essa barreira é reduzir a percepção da amplitude do problema, ou seja, em vez de falar o quanto o problema é grave, foca-se a explicitação de uma solução simples e acessível. Outra forma é enfatizar a importância da contribuição individual como essencial para o alcance da meta. Uma terceira opção é facilitar a adesão à cooperação, tornando o custo individual menor – um exemplo é a instalação de latas de coleta seletiva em lugares públicos. Outra opção é enfatizar o retorno pessoal, que vai além do mero ganho social – podem ser até mesmo aspectos abstratos, como o sentimento de cidadania, responsabilidade social etc.

Muitas vezes, não é possível identificar quais barreiras específicas um grupo apresenta, mesmo porque, na maioria dos casos, existe mais de uma barreira. Por isso é essencial que haja um conhecimento sobre o grupo antes de iniciar ações comunicativas. Se, por um lado, mostrar os resultados positivos pode sanar o problema da desconfiança e do *sucker*, pode também causar uma diminuição na percepção do risco, levando as pessoas a deixar de colaborar por considerarem o problema solucionado. Ou, se por acaso não for mostrado resultado algum, os indivíduos, mesmo sabendo da importância da causa, acabam não cooperando por não acreditarem que a meta possa ser alcançada. Essa é uma das razões de esse tipo de problema ser tratado como um dilema.

Comunicação do dilema social

Diversos experimentos, como os realizados por Dawes (1980) e Shankar e Pavitt (2002), concluíram que a comunicação de dilemas sociais aumenta em grande proporção o índice de colaboração. A importância dessa comunicação se deve a diversos fatores: ela informa os membros do grupo sobre a gravidade e relevância do problema; permite que eles troquem informações sobre suas intenções, aumentando a confiança do grupo; é usada para formar acordos e assumir compromissos; ajuda a fortalecer a identidade do grupo.

Em grupos menores e mais homogêneos, como é de se esperar, a comunicação age de maneira muito mais simples, podendo se resumir a discussões presenciais entre os membros do grupo. Porém, em grandes comunidades, a comunicação na mídia torna-se essencial.

Até hoje, a maior parte da literatura que se dedicou ao estudo do dilema social na comunicação pôs o foco na análise intragrupo, ou seja, a comunicação nos conceitos de negociação e discussão internas de um grupo. A comunicação de massa, como no presente trabalho foi pouco estudada.



DILEMA SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA

As questões de saúde pública sempre constituíram problemas de grande seriedade para o Estado. Em todo o mundo, o controle de doenças já disseminadas e o trabalho para evitar que elas se espalhem demandam atuação de diversos órgãos públicos em diversas áreas, incluindo, em alguns casos, vários países, como ocorreu com a gripe aviária (países asiáticos) e a gripe suína ou A1 (países americanos).

No entanto, em alguns casos – talvez até na maioria deles –, a participação dos cidadãos é essencial para garantir o sucesso da ação. A participação da sociedade é imprescindível no controle de doenças como dengue, DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), hepatite etc. Essa participação demanda um esforço muitas vezes grande por parte dos indivíduos, para assegurar um benefício ao grupo: a não-disseminação da doença. Assim, podemos considerar o caso como um dilema social especial, pois existe um equilíbrio entre ganho social (não-disseminação da doença) e pessoal (não ficar doente), mas o esforço quanto à solução fica centrado no indivíduo.

A importância da comunicação de riscos nesse caso é enorme. É essencial a adesão ao novo comportamento proposto – como não deixar água parada, no caso da dengue – ou ao reforço do comportamento já vigente – atenção redobrada, tampando a boca e o nariz ao tossir ou espirrar, no caso da gripe suína. Dessa forma, fica evidente a presença do dilema social na saúde pública, já que os indivíduos precisarão realizar um esforço, mesmo os não afetados diretamente, para garantir a saúde de toda a comunidade. Deve-se levar em conta ainda que esse ganho de “saúde” pode nem ser percebido pelos indivíduos, já que não é um benefício novo, mas sim a manutenção de um estado normal (saudável). É possível, até mesmo, afirmar que muitos indivíduos podem só perceber a importância da sua participação ao sofrerem as consequências – contrair a doença – ou conhecerem alguém que sofreu. Podemos classificar o dilema como de bens comuns, considerando a saúde como um bem comum. Os cidadãos devem então adotar determinado comportamento para garantir a continuidade do bem para o grupo.

O EXPERIMENTO

Após a utilização da técnica da análise de conteúdo para entender as mensagens veiculadas, presente em trabalho publicado anteriormente por nós (Gomes Júnior; Batista; Nakasone, 2011), vimos a necessidade de avaliar como o público interpretaria as questões abordadas pelas peças publicitárias. A partir de tal necessidade, elaboramos um experimento baseado na aplicação de um questionário a um grupo de pessoas depois da exibição de alguns dos vídeos que fazem parte do material então selecionado.

A ideia de avaliar a percepção do público com relação às mensagens contidas nos anúncios passa pela questão da real efetividade da comunicação. É evidente que, neste caso, o público foi



selecionado previamente e constitui apenas um grupo específico, uma parte bastante pequena das pessoas que, em uma situação normal, seriam submetidas aos filmes. Porém, não se podem dispensar tais resultados, pois eles fazem sentido se confrontados com a análise de conteúdo anterior e com a própria teoria do dilema social. Eles devem ser entendidos como a caracterização de uma situação particular que pode fornecer um panorama interessante para o tratamento dado à comunicação de dilemas sociais na sociedade como um todo.

Materiais, métodos e procedimentos

Inicialmente, planejamos o experimento para funcionar como uma situação ideal, na qual o indivíduo assiste ao anúncio relativo a uma situação de dilema social, livre de influência externas e dedicando total atenção àquilo. No entanto, é necessário levar em conta que tal modelo é apenas uma idealização e que há elementos que podem afetar a percepção dos participantes, principalmente, em situações do cotidiano. Por exemplo, a atenção alocada tende a não ser totalmente dedicada ao vídeo, mas como o objetivo aqui é comparar as peças das campanhas com diferentes focos presentes em seu conteúdo, que salientam (ou não) o papel do indivíduo e o resultado social, o estudo e a amostra permitem uma comparação entre os efeitos das peças utilizadas.

Peças selecionadas

A seleção dos materiais para o experimento foi feita levando-se em conta as diferentes abordagens de cada vídeo conforme o resultado da análise de conteúdo (Gomes Júnior; Batista; Nakasone, 2011). Dentre os 25 filmes que tratavam da temática da saúde pública, selecionamos quatro. O critério para a seleção das peças foi baseado em seu caráter com foco coletivo ou individual. Duas peças com maior foco no coletivo e duas com maior foco no individual foram selecionadas. Assim, buscamos identificar dois extremos em um aspecto que é essencial à comunicação de dilemas sociais: o foco da mensagem concentrado no indivíduo ou na coletividade. Essas peças foram apresentadas a dois grupos¹. Após a exibição de cada um dos vídeos, era aplicado o mesmo questionário. Ao final do experimento, os alunos receberam esclarecimentos sobre o experimento e breve explicação a respeito do dilema social.

Para os alunos do Grupo 1 foram exibidas as peças *Doença - Dengue 05* (389882) – foco coletivo – e *Doença - Gripe A 06* (359209) – foco individual. Já para os alunos do Grupo 2, utilizamos as peças *Doença - Hepatites 01* (347257) – foco individual – e *Doença - Dengue 01* (325662) – foco coletivo². A ordem da exibição dos filmes foi contrabalanceada nos dois grupos.

¹ Grupo 1: alunos do segundo semestre do curso de Publicidade e Propaganda da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP), do período matutino. Grupo 2: alunos dos mesmos curso e semestre, porém do período noturno.

² Os números identificam a peça mencionada na Arquivo da Propaganda, empresa especializada e reconhecida no mercado como o maior banco de dados de peças publicitárias veiculadas no Brasil, localizada em São Paulo (SP).



Questionário

Após a exibição de cada vídeo, os participantes preencheram um questionário com questões acerca do que foi visto. Todas as questões tinham base em aspectos relevantes da teoria do dilema social, com vistas a entender a percepção que o público tem da comunicação do problema, envolvendo diversos elementos presentes em dilemas sociais.

A primeira questão, aberta, era a única que diferia das demais no formato. Ela solicitava de forma espontânea o principal aspecto abordado na peça vista. Tal ponto era importante para entender, de um modo geral, o que o público percebia na peça. As questões de número 2 a 10 utilizavam o diferencial semântico como sistema de resposta. Esse sistema se baseia numa escala – no caso, indo de 1 a 5³ –, na qual o respondente marca a resposta circulando um dos números. As questões abordavam itens como: até que ponto o respondente se sentiu informado com a peça vista; quanto ele crê na possível solução do problema; quanto acredita que as outras pessoas irão colaborar para a solução do problema; o que o fato de colaborar com a causa representa pessoal e socialmente; qual a importância pessoal e social da participação; qual a possibilidade de a campanha ser bem-sucedida caso a maioria não participe; e o que ele faria se tivesse a certeza de que a maioria não participaria.

Aplicação

Para a realização do experimento selecionamos, como descrito, uma amostra de conveniência. Esse grupo não deve ser entendido como um retrato fiel de toda a sociedade exposta às campanhas públicas. É importante ter em mente que esses sujeitos possuem um grau de instrução maior do que a média nacional e, por serem estudantes de comunicação social, tendem a ter uma percepção mais aguçada acerca de certos tópicos. Porém, tal fato não invalida, de forma alguma, os resultados do experimento, já que dentro do recorte selecionado era possível ter uma visão ampla da forma como esse público é afetado pelo conteúdo identificado nas campanhas. Mais ainda, como os dois grupos eram parecidos em vários aspectos, o ponto mais relevante do experimento, a comparação entre conteúdos comunicacionais diferentes – foco no indivíduo ou no coletivo –, ficava preservado e independia da qualificação dos sujeitos participantes.

³ Os valores da escala variavam, de um modo geral, de “pouco” para “muito” – da resposta negativa à positiva –, tendo havido alterações baseadas no que era perguntado em cada questão. Somente na questão de número 6 houve uma inversão, não intencional, na ordem do diferencial, com o menor número representando a resposta positiva e o maior, a negativa. No entanto, tal inversão provavelmente não atrapalhou a compreensão dos alunos, já que não foi notada nenhuma alteração no padrão das respostas para esta questão.



No grupo 1, um total de 25 pessoas responderam o questionário com base nos vídeos *Doença - Dengue05* e *Doença - Gripe A06*. Com isso, houve um total de 50 questionários respondidos. A ordem dos vídeos apresentada para esse grupo iniciava pela peça cujo foco era no coletivo, encerrando por aquela que possuía foco no individual.

Já para as peças exibidas para o grupo 2, buscamos uma inversão da ordem das peças de acordo com o foco de cada uma. Tal inversão foi feita intencionalmente para se observar se tal prática resultaria em alguma influencia perceptível nos resultados – este ponto será retomado quando tratarmos dos resultados obtidos no experimento. Assim, a exibição dos vídeos se iniciou com o de caráter individual – *Doença - Hepatites01* – e o de caráter coletivo – *Doença - Dengue01*.. Em ambos os filmes houve 25 respondentes, totalizando 50 questionários.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta análise leva em conta os dois tipos de formato das questões. Portanto, os procedimentos de codificação foram diferentes. A questão de número 1, uma pergunta aberta na qual o respondente discorria livremente sobre sua percepção, exigia uma pré-codificação antes da tabulação dos dados quantitativos. A questão perguntava qual o principal aspecto abordado na peça vista e tinha resposta aberta, ou seja, o respondente respondia de maneira discursiva, de acordo com a sua percepção a respeito do material exibido. Desta forma, buscamos transformar as respostas num sistema objetivo para a análise. A forma encontrada foi associar as respostas aos códigos criados para a análise de conteúdo e utilizados anteriormente (Gomes Júnior; Batista; Nakasone, 2011). Assim, todas as respostas foram associadas aos códigos que mais se aproximavam do que foi escrito pelo respondente, tendo podido ocorrer a associação de mais de um código a cada resposta – algumas respostas chegaram a ter quatro códigos, indicando a variedade de abordagens percebidas pelos respondentes.

As perguntas de número 2 a 10, por serem do mesmo formato e fechadas, foram tabuladas de acordo com a alternativa assinalada na escala de diferencial semântico, indo de 1 a 5 e baseada nos extremos expressos em cada questão. Com exceção da pergunta de número 6, todas as demais tinham os números menores associados com fatores negativos em função da participação.

As tabelas 1 e 2 contêm os resultados do experimento, divididos por vídeo exibido e em sua totalidade.

Tabela 1 – Resultados do experimento – Questão 1
(Qual é o principal aspecto apresentado na peça vista?)

D05 (Dengue) Foco no coletivo	Q1 (%)	GA06 (Gripe A) Foco no individual	Q1 (%)
R3 - Desquição do problema	8	R3 - Descrição do problema	60
R4 - Apresentação de proposta de solução	92	R4 - Apresentação de proposta de solução	68
R7 - Referência aos efeitos futuros da ação	4	R7 - Referência aos efeitos futuros da ação	0
RL1 - Foco no coletivo	52	RL1 - Foco no coletivo	8
RL2 - Foco no individual	20	RL2 - Foco no individual	16

Hep01 (Hepatite) Foco no individual	Q1 (%)	D01 (Dengue) Foco no coletivo	Q1 (%)
R3 - Descrição do problema	96	R3 - Descrição do problema	8
R4 - Apresentação de proposta de solução	28	R4 - Apresentação de proposta de solução	92
R7 - Referência aos efeitos futuros da ação	4	R7 - Referência aos efeitos futuros da ação	4
RL1 - Foco no coletivo	28	RL1 - Foco no coletivo	24
RL2 - Foco no individual	8	RL2 - Foco no individual	8

Total	Q1 (%)
R3 - Descrição do problema	45
R4 - Apresentação de proposta de solução	70
R7 - Referência aos efeitos futuros da ação	3
RL1 - Foco no coletivo	28
RL2 - Foco no individual	13

Tabela 2 – Resultados do experimento – Questões 2 a 10

D05	Q2: se sente informado (%)	Q3: acredita na solução (%)	Q4: acredita na cooperação de outros (%)	Q5: vantagem pessoal na colaboração (%)	Q6: vantagem social na co-laboração (%)	Q7: importância pessoal em participar (%)	Q8: importância social em participar (%)	Q9: possibilidade de sucesso da causa se a maioria participar (%)	Q10: chance de colaborar se a maioria não colaborar (%)
1	0	0	4	0	60	0	0	36	4
2	4	0	4	0	12	4	0	56	4
3	16	20	24	0	4	4	0	8	4
4	44	68	64	20	12	32	4	0	16
5	36	12	4	80	12	60	96	0	72

GA06	Q2 (%)	Q3 (%)	Q4 (%)	Q5 (%)	Q6 (%)	Q7 (%)	Q8 (%)	Q9 (%)	Q10 (%)
1	0	4	0	0	64	0	0	28	4
2	8	12	8	4	12	12	4	56	8
3	8	4	24	4	8	4	8	4	8
4	32	52	48	12	12	16	12	8	16
5	52	28	20	80	4	68	76	4	64

Hep01	Q2 (%)	Q3 (%)	Q4 (%)	Q5 (%)	Q6 (%)	Q7 (%)	Q8 (%)	Q9 (%)	Q10 (%)
1	0	0	12	8	48	0	0	36	0
2	12	16	24	4	28	16	8	36	12
3	52	20	24	4	8	12	4	24	12
4	16	56	40	12	12	20	32	4	24
5	20	8	0	72	4	52	56	0	56

D01	Q2 (%)	Q3 (%)	Q4 (%)	Q5 (%)	Q6 (%)	Q7 (%)	Q8 (%)	Q9 (%)	Q10 (%)
1	12	0	0	0	76	0	0	52	4
2	16	16	36	0	12	0	0	28	4
3	24	16	20	8	4	20	0	16	16
4	24	56	44	40	4	24	8	4	28
5	24	12	0	52	4	56	92	0	48

Total	Q2 (%)	Q3 (%)	Q4 (%)	Q5 (%)	Q6 (%)	Q7 (%)	Q8 (%)	Q9 (%)	Q10 (%)
1	3	1	4	2	62	0	0	38	3
2	10	11	18	2	16	8	3	44	7
3	25	15	23	4	6	10	3	13	10
4	29	58	49	21	10	23	14	4	21
5	33	15	6	71	6	59	80	1	59



Questão 1 – respostas espontâneas

O questionamento presente na primeira pergunta do questionário aplicado buscava entender, de modo geral, qual o aspecto mais patente mostrado no vídeo assistido. Como já mencionado, optamos por fazer uma associação entre a resposta dada e os códigos elaborados na etapa da análise de conteúdo, presente em outro trabalho já mencionado (Gomes Júnior; Batista; Nakasone, 2011). De um modo geral, é possível dizer que houve uma congruência entre as respostas dadas pelos participantes e a codificação elaborada previamente. Ou seja, os códigos apontados na codificação foram bastante semelhantes àqueles associados às respostas dadas. No entanto, há alguns pontos destoantes que merecem ser levantados.

Dentre os conteúdos percebidos e descritos espontaneamente pelos sujeitos do primeiro grupo, observa-se, em relação à peça sobre dengue, definida como com foco no coletivo (DO5), uma concentração das respostas em dois itens: a apresentação de proposta de solução, mencionada por 92% dos respondentes, e o foco no coletivo, mencionado por 52%. Este último dado confirma a expectativa do experimento, uma vez que essa peça foi identificada em estudo anterior como tendo seu conteúdo dirigido à coletividade.

Na segunda peça apresentada a esse mesmo grupo, cujo foco do conteúdo foi classificado como no indivíduo, os aspectos mais salientes identificados espontaneamente pelos sujeitos foram a descrição do problema (60%) e a apresentação de proposta de solução (68%). Poucos mencionaram os aspectos relacionados com o foco no pessoal e/ou social.

Para o segundo grupo, também os aspectos individual e coletivo foram pouco mencionados para as duas peças. Para a peça que lidava com a hepatite (Hep01), quase todos os respondentes (96%) mencionaram a descrição do problema, enquanto para a peça sobre a dengue (D01) a apresentação de solução do problema foi o item mais destacado pelos sujeitos (92%).

De uma forma geral, podemos afirmar que a percepção espontânea dos conteúdos das peças não destaca – ou os participantes não perceberam – os aspectos de participação individual e benefício coletivo da ação proposta. No entanto, nota-se um claro destaque para os fatores associados à descrição do problema e/ou à apresentação de proposta de solução.

Questões de 2 a 10 – respostas estimuladas

Essa parte do questionário teve como função principal avaliar a intensidade da presença de elementos específicos dos dilemas sociais, de forma estimulada, ou seja, cada item era perguntado diretamente, como na questão 2: “Quanto você se sente informado, pelo vídeo visto, em relação ao problema apresentado?”.

Para essas questões o importante era avaliar os diferentes efeitos das peças nesses aspectos. De uma forma geral, as peças foram percebidas de uma maneira muito similar em todos os aspectos estimulados, com exceção de duas perguntas, as de número 2 e 4.



Enquanto o primeiro grupo se sentiu bem informado a respeito da dengue e da gripe A (ver tabela 2), o segundo grupo foi menos positivo com relação à peça que informava sobre a hepatite, pois mais da metade (52%) afirmou se sentir moderadamente informada pelo conteúdo exibido; na segunda peça que informava sobre dengue não se observou nenhuma concentração de respostas.

Cabe aqui uma comparação entre efeitos imediatos das duas peças publicitárias que tratavam da dengue. Enquanto a primeira gerou uma percepção de “bem informado” para 80% dos respondentes, na segunda menos da metade (48%) teve essa mesma percepção. Estes resultados, por um lado, eliminam a explicação possível de que os números observados na primeira peça poderiam ser devidos ao foco na dengue, doença bastante conhecida por toda a população e, por outro, salientam os efeitos associados ao conteúdo que modificou essa percepção.

A questão 4 focava um dos aspectos mais relevantes da teoria dos dilemas sociais: a crença (expectativa) da colaboração “dos outros”. Em todas as peças notou-se um equilíbrio entre uma visão otimista (4 e 5) e uma visão pessimista (1 e 2), com muitas respostas na opção intermediária (3), indicando uma confiança média nessa colaboração. A peça sobre hepatite (Hep01) é a que gerou menor confiança, pois 60% responderam com valores de 1 a 3, indicando não acreditar tanto na colaboração dos demais. Por outro lado, as respostas estimuladas ao conteúdo da peça sobre gripe A (GA06) sugerem uma percepção de alta colaboração social (92% responderam positivamente – 3, 4 ou 5). Nas duas peças sobre dengue as expectativas se equilibraram entre a visão positiva e negativa, tendo havido leve predomínio de respostas positivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar aspectos positivos e negativos nas campanhas estudadas. Em primeiro lugar, notou-se uma certa homogeneização dos efeitos, pelo menos nesse grupo de indivíduos com grande capacidade intelectual. No entanto, alguns pontos merecem destaque. Foi perceptível que as peças não conseguiram fazer com que os receptores observados pensassem em aspectos coletivos e/ou sociais para a solução do problema; se por um lado isto evitava a reactância, por outro não abordava as barreiras de sacrificado e carona, muito importantes para a solução dos dilemas sociais.

Outro aspecto bastante importante sugerido pelos resultados foi que a atitude anterior dos sujeitos se modificou pelo conteúdo das peças. Pôde-se notar este aspecto pela comparação entre os resultados das duas peças que tratavam sobre a dengue, que por terem conteúdos diferentes fizeram com que os respondentes tivessem uma percepção diferente do nível de informação atingido.

Dessa forma, podemos concluir que as campanhas que envolvem dilemas sociais devem ser mais bem avaliadas pelos seus conteúdos, pois estes, por vezes, não salientam aspectos definitivos do problema, como a participação individual e o benefício coletivo e, por outras, perdem a capacidade informacional, fazendo com que os receptores não se sintam suficientemente informados.



REFERÊNCIAS

ANGER, Débora Barbosa C. *Comunicação de riscos na resolução de dilemas sociais*: estudo de casos brasileiros em racionamento de água e energia elétrica. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DAWES, Robyn M. Social dilemmas. *Annual Review of Psychology*, Palo Alto (CA), Annual Reviews, v. 31, p. 69-93, 1980.

GOMES JÚNIOR, José Luiz; BATISTA, Leandro Leonardo; NAKASONE, André Minoru. Dilemas sociais em campanhas de saúde pública: comparação entre conteúdos de campanhas públicas recentes. In: XXXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, XXXIV, Recife, 2011. Anais... São Paulo: Intercom, 2011. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2011/resumos/R6-2220-1.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2012.

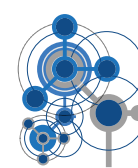
MESSICK, David M.; BREWER, Marilyn B. Solving social dilemmas: a review. In: WHEELER, Ladd; SHAVER, Philip (Ed.). *Review of personality and social psychology*. Los Angeles, Sage Publications Inc., v. 4, p. 11-44, 1983.

SHANKAR, Anisha; PAVITT, Charles. Resource and public goods dilemmas: A new issue for communication research. *The review of communication*, London, Taylor & Francis Group, p. 251-272, jul. 2002.

WADE-BENZONI, Kimberly A.; TENBRUNSEL, Ann E.; BAZERMAN, Max H. Egocentric interpretations of fairness in asymmetric, environmental social dilemmas: explaining harvesting behavior and the role of communication. *Organizational behavior and human decision processes*, Amsterdam, Elsevier, v. 67, p. 111-126, 1996.

WIENER, Joshua Lyle; DOESCHER, Tabitha A. A framework for promoting cooperation. *Journal of marketing*, Chicago, AMA, p. 38-47, abr. 1991.

Recebido em: 20.03.2012 / Aceito em: 04.06.2012





Tabagismo em diálogo: olhares sobre o discurso do Ministério da Saúde

Tobacco addiction in dialogue: insights of the discourse of the Ministry of Health

Tabaquismo en diálogo: miradas sobre el discurso del Ministerio de Salud

Raphael Silva Souza Oliveira Carvalho

- Mestre em Comunicação e Sociedade pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
- Especialista em Comunicação Empresarial e graduado em Comunicação Social pela UFJF
- Professor colaborador do Curso de Especialização em Comunicação Empresarial da UFJF
- Tem experiência em planejamento de comunicação organizacional, marketing, design e eventos
- Email: raphael.paradella@gmail.com

Boanerges Balbino Lopes Filho

- Doutor em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Mestre em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp)
- Bacharel em Comunicação Social – Jornalismo e Editoração
- Coordenador do Curso de Especialização em Comunicação Empresarial da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
- Professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Sociedade da UFJF
- Presidente de conselho consultivo do Fórum Nacional de Professores de Jornalismo (FNPJ)
- Tem experiência em Jornalismo empresarial e científico, educação e relações públicas.
- E-mail: bblopes@globo.com



Resumo

O tabagismo está em evidência. O debate sobre o tema envolve uma série de atores sociais, entre os quais as organizações, que se posicionam discursivamente como representação da própria identidade e da realidade. Por meio de estudos sobre identidade e estratégias de comunicação organizacional, além de revisões históricas, pudemos traçar uma contextualização para a análise de discurso. O trabalho busca por novos olhares sobre os textos institucionais do Ministério da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL • IDENTIDADES • DISCURSO • TABAGISMO • MINISTÉRIO DA SAÚDE

Abstract

Abuse of smoking is a theme that is in evidence. The debate involves a number of social players, among which we find organizations that position themselves discursively as a representation of their own identity and reality. By means of studies on identity, organizational communication strategies, as well as historical reviews, we were able to outline a context for the speech analysis. The study seeks new insights of the institutional texts of the Ministry of Health.

KEYWORDS: ORGANIZATIONAL COMMUNICATION • IDENTITIES • SPEECH • SMOKING • MINISTRY OF HEALTH

Resumen

El tabaquismo es un tema en evidencia. El debate implica una serie de actores sociales, entre los cuales las organizaciones, que se posicionan discursivamente como una representación de su propia identidad y realidad. A través de los estudios sobre la identidad y estrategias de comunicación organizacional, además de revisiones históricas, se pudo delinear una contextualización para el análisis de discurso. El trabajo proporciona nuevas perspectivas sobre los textos institucionales del Ministerio de Salud

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL • IDENTIDADES • DISCURSO • TABAQUISMO • MINISTERIO DE SALUD

Os processos comunicacionais que se integram ao ambiente organizacional podem ser admitidos das mais diversas maneiras. Na visão instrumental, a comunicação ganha contornos restritos à aplicação de ferramentas e aos estudos de envio e recepção de mensagens (informar). Por outro lado, preferimos compreender esses processos – assim como os estudos culturais e o interacionismo simbólico – como sendo formas de interação social.

Por essa ótica, o discurso se constitui em objeto de estudo. Mikhail Bakhtin (apud Dias, 2005) busca reforçar a noção de que a linguagem no meio social apenas pode ser compreendida por meio dos processos dialógicos. O ser humano é um ser social por natureza e interage pela linguagem – verbal ou não (Berger; Luckman, 2007).

Erving Goffman (2008) utiliza as metáforas teatrais para sintetizar a capacidade humana de representar o ser por meio do discurso. O autor reforça que, ao perceber o contexto em que se insere – a realidade cultural –, o ser humano se posiciona politicamente diante de tal cenário, encarna personagens (modulação discursiva), para que possa se ambientar e encontrar seu lugar no enredo. Pelo discurso que profere sobre a própria identidade é que se representa no meio social. Zygmunt Bauman (2008) apresenta as formas de consumo como sendo projeções públicas da identidade do ser. Aquilo que se consome ou se pode consumir, física e simbolicamente, coloca o indivíduo em determinada posição perante a sociedade e se incorpora à noção de identidade.

A comunicação enquanto articuladora discursiva configura uma representação estratégica da organização. O que alguns autores conceituam como sendo a projeção de uma imagem se manifesta aqui como uma perspectiva intencional sobre a representação personificada da organização no meio social no qual ela está inserida.

Nesse sentido, é pertinente lembrarmos-nos dos clássicos pensamentos de Platão e Aristóteles, quando se referem à retórica. A arte da persuasão por meio do discurso, entre muitas outras características, acaba por produzir uma representação do ser, mas também impõe determinadas características aos componentes da plateia. Na visão moderna de Stuart Hall (2002), a representação da identidade constrói paradigmas sobre os que fazem parte dessa realidade e os que se encontram alheios a isso (identidade *versus* diferença).

Ao estabelecer laços de relacionamento, a comunicação organizacional procura gerar o que ainda conceituamos como sendo a “personificação institucional”, conceito desenvolvido em dissertação de mestrado (Carvalho, 2012). Em outras palavras, busca-se caracterizar a organização como um personagem da vida social, dotado de capacidades físicas, relacionais, intelectuais e discursivas, um ente que, pelo próprio fato de existir, deve manter interlocução com outros atores.

Ivone de Oliveira e Carine de Paula (2008) postulam como condição básica da comunicação no âmbito das organizações a responsabilidade pela geração de sentidos e, portanto, de valorações



simbólicas. É essa construção de valores simbólicos – relacionados à cultura – agregados ao discurso que se fazem instrumentos para a promoção de identificações (mobilizações) ou não. São essas as perspectivas que se exploram no presente estudo, baseado em parte da pesquisa desenvolvida como dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal de Juiz de Fora por um dos autores (Carvalho, 2012).

TABAGISMO EM DISCUSSÃO

As narrativas sobre o consumo do tabaco não são algo recente. Estudiosos da história do cigarro afirmam que as folhas de tabaco faziam parte das culturas ameríndias. Os ritos de fumo ou mascagem da planta se configuravam como o momento sublime no qual os pagés, xamãs ou caciques se diziam incorporados por espíritos divinos da cura, da prosperidade, da sexualidade e da fertilidade. Divindades ganhavam voz nas tribos por meio dos discursos de poder, em meio a ritos culturalmente estabelecidos. Somente essas figuras seriam capazes de trazer a realidade desejada.

Segundo registros feitos por Steve Luck (2008, p. 12), as grandes navegações dos séculos XV e XVI contribuíram decisivamente para a propagação da cultura do fumo no contexto mundial. Diz ele que

[a] referência às folhas de tabaco secas descreve o primeiro encontro europeu com a planta. Embora Colombo, muito agradecido, tenha aceitado os presentes – percebendo o significado da honra que a tribo local tinha dado a ele – ele próprio estava menos impressionado. (...) Tradicionalmente, o primeiro homem creditado com a introdução do costume de fumar para a Europa foi Rodrigo de Jerez, que tinha acompanhado Colombo em sua primeira viagem ao Novo Mundo.¹

As batalhas pela colonização da América promoveram uma intensa disputa pelo intercâmbio de conhecimentos e hábitos de vida entre os países europeus e as localidades “encontradas do Novo Mundo”. Os mares se tornaram o lugar ideal para o tráfico de informações e produtos, entre os quais o tabaco. Os espanhóis foram os pioneiros da comercialização e da transmissão dos valores da cultura do fumo. Mas logo ganharam a concorrência de outros países, assim como de marinheiros e piratas. Para evitar isso, o rei Felipe II proibiu que as colônias espanholas plantassem fumo, tendo sido liberada apenas a Colômbia, que exportava o produto exclusivamente para a cidade de Sevilha.

¹ Tradução nossa.

Essa decisão obrigou os demais países a buscar outras fontes da planta. Na mesma época surgiu a primeira iniciativa antitabagista. As crenças indígenas sinalizavam para o “mundo civilizado” a adoção de posturas pagãs. A Igreja se colocava discursivamente contra tais posturas, invocando a dicotomia entre o sagrado e o profano, por volta de 1604. Essa visão ganhou ainda mais força com a declaração do rei inglês Jaime I, de que fumar tabaco era algo “depreciável” (Boeira, 2002).

Dando um salto na história, após a consolidação da produção norte-americana e britânica em 1881, com a invenção e o aprimoramento da máquina de produzir cigarros em escala, grandes conglomerados industriais de tabaco ganhavam relevância como um dos mercados mundiais mais lucrativos. Ao mesmo tempo, as ciências da saúde começavam a ampliar as pesquisas que apontavam para os males do consumo de cigarros e derivados (Boeira; Johns, 2007), garantindo ao século XX uma arena para intensas discussões sobre essa questão.

Grandes empresas produtoras de tabaco passaram a se consolidar em todo o mundo, destacando-se a British American Tobacco (BAT). Os esforços eram no sentido de conquistar maior popularização das marcas, bem como a segmentação da produção e o aprimoramento dos processos industriais. Nos primeiros vinte anos do século passado multiplicaram-se também as estratégias dos antitabagistas, que conseguiram a aprovação das primeiras leis de combate ao consumo e de diminuição da produção no Estados Unidos e na Europa.

As indústrias passaram a adotar estratégias diferenciadas para burlar as leis: a venda dos componentes do cigarro isoladamente, o tráfico ilegal e a criação dos filtros para os cigarros. Esta última providência, ao mesmo tempo em que se tornou uma novidade para aquecer as vendas, se transformou em uma poderosa arma discursiva, à medida em que podia ser interpretada como uma preocupação das organizações com a saúde dos consumidores, tendo em vista que os filtros visam à diminuição dos teores químicos do produto. Esse conjunto de estratégias fez com que grande parte as leis aprovadas fossem abolidas já na década de 1920.

A pressão imposta pelo movimento antitabagista e pela política acabou forçando as produtoras passem a adotarem novos posicionamentos sociais e novas táticas. Uma das áreas mais contempladas pelas mudanças foi a da comunicação. Para referenciar os tópicos abordados pelas organizações, lembremos aqui a metáfora da “guerra”² (Tom Clancy, apud Sardinha, 2007, p. 98). Segundo Sérgio Boeira e Paula Johns (2007, p.4-5), as organizações

² Diferente do jogo, que pressupõe uma disputa sadia, sem destruição à equipe derrotada, na guerra dois ou mais lados e enfrentam. A intenção é aniquilar um ao outro. “A disputa é uma guerra ou uma batalha, desonesta e violenta” (Sardinha, 2007, p. 103). “Para vencer, a empresa deve possuir uma estratégia, palavra muito próxima da metáfora da guerra, a fim de conquistar o mercado. O comportamento é agressivo, reflexo da luta pela sobrevivência e pela conquista de território” (Lopes Filho et. al., 2010, p. 11).

reagem de modo a intensificar estratégias de defesa de seu domínio (domain defense, ou seja, controle de informações vitais e busca de colaboração entre competidores tradicionais), estratégias de ataque (domain offense, a busca de eficiência, acirrada competição nas áreas de inovação e segmentação dos públicos alvos) e, finalmente (ou simultaneamente), de criação de novos espaços (domain creation ou a diversificação dos investimentos em mercados externos, valorização da independência entre as empresas). No conjunto, essas diferentes esferas de ação estratégica requerem aprendizagem organizacional constante – organização flexível, criativa e incisiva –, muitos gastos com marketing (pesquisa de mercado e publicidade), atuação política junto a congressistas, órgãos públicos e mídia, de tal maneira que os valores de cooperação, competição e independência se constituem como núcleo das relações entre as empresas do setor.

As formas de comunicação adotadas acabaram mirando os aspectos que tangem à indústria cultural, como forma de inserir ainda mais o consumo de tabaco na sociedade. O cinema criou grandes ícones de Hollywood e a propaganda cunhou modelos de personalidade – a exemplo do Cowboy da Malboro, nos Estados Unidos. A segmentação das estratégias em relação aos diferentes públicos foram marcantes: homens (cultura masculina é antiga, muitas vezes ligada ao poder); mulheres (anos 1950: movimentos feministas); e jovens (anos 1970: senso de liberdade). Os produtos também seguiram essas tendências: para os homens, cigarros com teores mais elevados de nicotina; e para as mulheres, cigarros mais alongados e mais finos, com teor reduzido, por exemplo.

Por outro lado, passaram a ampliar-se as entidades antitabagistas, como organizações governamentais e não-governamentais, instituições de saúde, além de crescer o número de pesquisadores e cientistas dedicados a essa causa. Casos patológicos decorrentes do consumo de cigarros começaram a ganhar espaço na mídia a partir das décadas de 1970 e 1980. Na época, as articulações políticas ganharam dimensão mundial, por meio de discussões travadas pela Organização Mundial de Saúde. Surgiram as primeiras diretrizes de combate ao tabagismo e, por consequência, legislações mais específicas – em conjunto com o senso de “geração saúde”. No Brasil, por exemplo, em junho de 1986, foi criado o Dia Nacional de Combate ao Fumo. No final da década de 1980 e início dos anos 1990, o país lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (restrições na comunicação, aumento de impostos, advertências sanitárias e regulação do consumo).

Sérgio Boeira (2002, p. 57) faz referência às contradições entre o aumento da produção mundial de cigarros e os movimentos antitabagistas. “Essas mudanças e características do setor sinalizam, a meu ver, um início de autoconfronto social, cultural e institucional dentro do paradigma da modernidade”. O autor destaca o paradoxo diante do qual os governos mundiais se encontram: por um lado, eles têm como função a proteção da saúde dos indivíduos; por outro, o setor econômico ainda referencia o crescimento da indústria tabagista. A propósito, o Brasil, atualmente,



é o segundo maior produtor e exportador de cigarros do mundo, segundo dados da International Tobacco Grower's Association (Itga, 2011), sendo bem alta sua arrecadação de impostos com o produto. “Saia justa” que persiste até os dias atuais...

Nos primeiros anos deste novo século ocorrem as maiores restrições às Indústrias produtoras de cigarros, intensificando-se as políticas públicas e crescendo o número de grupos de tratamento e educação antitabagista. Por outro lado, a indústria buscou alternativas como brindes, diversificação, saborização, diminuição de teores, novo *design*, entre outras iniciativas, que continuaram levando o cigarro a conquistar espaços entre os consumidores. Recentes leis regionais e municipais foram aprovadas para restringir o consumo de cigarros em locais públicos fechados ou semifechados. Essa decisão governamental forçou mais uma mudança na postura discursiva dos atores sociais envolvidos. A temática se torna cada vez mais evidente nos veículos de comunicação que externalizam a disputa discursiva em torno dessa questão.

O DISCURSO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Para o presente estudo fizemos, inicialmente, uma revisão bibliográfica das visões sociológicas sobre as identidades envolvidas por um sistema cultural simbólico e discursivo do âmbito social. Em seguida, pesquisamos dados sobre a história do tabaco e as disputas travadas entre os movimentos antitabagistas e as indústrias tabagistas. Com esses passos buscamos embasar as possíveis relações entre os posicionamentos organizacionais assumidos em determinados contextos e as relações de poder discursivo no que tange ao tabagismo.

Em trabalho anterior (Carvalho; Lopes Filho, 2010), por meio de um processo de análise de discurso, procuramos detectar as nuances segundo as quais é possível construir determinadas representações da identidade do consumidor de cigarro e derivados, analisando o discurso institucional da Souza Cruz, detentora de algumas das marcas de cigarros mais conhecidas do Brasil. A pesquisa buscou referências sobre a identidade dos consumidores e a situação da saúde.

Tendo como base as teorias desenvolvidas por Bakhtin, todo discurso é por si dialógico e, à medida que sofre mudanças, fornece um novo cenário, exigindo também uma alteração no discurso do “segundo polo”. É necessário compreender os cenários contextuais para que seja possível extrair os processos enunciativos³ do discurso, tendo em vista que esses processos se relacionam com os valores simbólicos vigentes na cultura em que o discurso se insere – o que justifica a revisão histórica feita anteriormente.

³ “Do nosso ponto de vista, aquilo que Bakhtin chama de contexto e situação adquire um outro estatuto: não se trata de atribuir à palavra um sentido em relação à situação de mundo ou a uma ‘porção’ da realidade. Trata-se, antes, de conceber a palavra na relação com os fatos de discurso, isto é, na relação com o interdiscurso, que comparece como espaço de memória na enunciação (da palavra). Assim, o centro organizador da enunciação estaria não no meio social que envolve o indivíduo, mas no fato de o indivíduo ocupar uma posição de sujeito em relação aos fatos de discurso” (Dias, 2005, p. 105).



Compreendemos que as discussões sobre a questão do tabagismo envolvem uma série de atores sociais. Contudo, como recorte para a presente pesquisa, utilizamos os discursos do Ministério da Saúde, especificamente do Instituto Nacional do Câncer (Inca), órgão responsável pelo Programa de Controle do Tabagismo Brasileiro, disponibilizados em site oficial. Fizeram parte da amostra estudada os textos institucionais presentes em oito *links* disponibilizados pelo portal www.inca.gov.br/tabagismo, atendo-nos apenas aos recursos discursivos verbais e que constituem parte integrante do conteúdo “fixo” do *website*.

Sendo assim, nossa proposta foi no sentido de uma análise de discurso baseada nos mesmos preceitos utilizados para o estudo anterior sobre o discurso da Souza Cruz. Nosso intuito foi identificar de que formas os representantes do poder público se manifestam e se posicionam quanto a essas questões. Lembramos, mais uma vez, que este trabalho não permite obter respostas sobre a forma como os interlocutores recebem as mensagens. O objetivo é perceber como a identidade institucional do Ministério da Saúde é representada nos aspectos relativos ao tabagismo e como esse órgão procura delinear o consumidor de cigarros.

O consumidor no discurso do ministério

A construção de protótipos da identidade do receptor é uma característica inerente ao processo de comunicação. O conceito de audiência presumida, desenvolvido por Alfredo Vizeu (2005), mostra como o telejornalismo, ao construir o conteúdo, traduz uma série de características imaginadas sobre o perfil do público, tendo em vista aspectos culturais, lógicas de mercado e regras de redação. Por outro lado, as relações públicas imaginam os perfis dos públicos de relacionamento a partir de aspirações dos chamados *stakeholders*. Ao referenciar tais características, o processo de comunicação visa articular discursivamente (verbalmente ou não) formas de enunciação para atingir esses públicos. Sendo assim, acaba por delimitar que pessoas terão acesso ao processo comunicativo e quais ficarão de fora.

Dessa forma, nosso objetivo foi identificar os recursos discursivos adotados pelo Ministério da Saúde (MS) para conformar uma representação dos públicos, que dividimos em duas categorias: consumidores de informações e consumidores de produtos. Mesmo havendo certa ligação entre essas subcategorias, vemo-las como delimitações diferenciadas de públicos, em conformidade com as categorias de diálogo estabelecidas pela metodologia.

Para a primeira categoria o MS afirma, com base em acordos mundiais e legislações vigentes, o propósito de sua comunicação. A citação a seguir foi retirada da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)⁴:

⁴ “É um instrumento legal, sob forma de um tratado internacional, no qual os países signatários (estados partes) concordam em empreender esforços para alcançar objetivos definidos previamente” (Inca, 2011).



Regulamentação dos conteúdos e emissões dos produtos derivados do tabaco; divulgação de informações relativas a estes produtos; desenvolvimento de programas de educação e conscientização sobre os malefícios do tabagismo; proibição de publicidade, promoção e patrocínio; implementação de programas de tratamento da dependência da nicotina (Inca, 2011).

É comum no discurso do MS o objetivo de se posicionar quanto à restrição aos conteúdos informativos. Expressões como controle, regulamentação, proibição, coordenação, padrões de controle, vigilância e restrição fazem parte frequentemente dos textos que visam à criação de uma espécie de barreira às informações inverídicas divulgadas pelas produtoras de cigarros. O consumidor de informações se vê obrigado a seguir tais diretrizes e a buscar apenas os conteúdos indicados pelo MS.

As informações divulgadas pelo MS são, na maioria, embasadas pelos termos pesquisas, testes, estudos e documentos, que garantem certo respaldo de legitimidade discursiva. Contudo, é notória a utilização de termos científicos, como prevalência e epidemiologia, os quais, se facilitam a compreensão por parte dos estudiosos e dos mais escolarizados, dificultam o entendimento por outra parcela da população.

Além disso, o discurso da mídia – seja pelo cinema, pela teledramaturgia, por impressos ou pelo jornalismo – acaba por servir de base para o surgimento de novos modelos propagandísticos da cultura do tabaco:

[A maioria das pessoas] é influenciada pela publicidade maciça do cigarro nos meios de comunicação de massa que, apesar da Lei de Restrição da Propaganda de produtos derivados do tabaco (...), ainda têm forte influência no comportamento tanto dos jovens como dos adultos. Além disso, pais, professores ídolos e amigos também exercem grande influência (Inca, 2011).

Segundo o MS, os meios de comunicação “utiliza[m] a imagem de ídolos e modelos de comportamento de determinado público-alvo portando cigarros ou fumando-os, ou seja, [fazem] uma forma indireta de publicidade” (Inca, 2011).

Quanto à segunda categoria, os consumidores de produtos, existe a percepção de dois tipos claros de interlocutores: consumidores ativos e consumidores passivos. Podemos dizer sinteticamente, com base nos dados estatísticos, que os consumidores ativos se caracterizam por serem adultos ou jovens de ambos os gêneros, que têm quinze anos ou mais, fazem experimentação no período escolar, são dependentes de substâncias químicas, possuem considerável poder aquisitivo, têm na maioria até oito anos de formação acadêmica e constituem um terço da população.



Contudo, os textos analisados apresentam as seguintes características metafóricas, que se manifestam como subtextos em construções enunciativas: cotidiano, saúde, mercado e vândalo. A metáfora do cotidiano se refere aos espaços de convivência social, podendo ser percebida em expressões como: o comportamento de fumar, consumo por dia, cognitivo-comportamental, casa, bares, escolas etc. Quanto às referências à saúde, percebemos discursos que remetem ao consumidor como paciente que se mostra dependente de tratamento médico, psicológico e de amparo de terapias medicamentosas ou alternativas.

O consumidor envolvido no campo mercadológico é visto como público-alvo, consumidor e em idade produtiva. Todas as referências apresentadas fazem com que os fumantes se aproximem negativamente de outros atores do debate público sobre o tabagismo: da indústria tabagista e do ambiente de trabalho (relação entre consumo e trabalho). Essa preocupação com o lado econômico está presente, também, como exemplo, na seguinte citação: “Quando as pessoas param de fumar, elas não deixam de consumir, apenas redirecionam seu dinheiro para a compra de outros bens e serviços” (Inca, 2011).

Outra forma de relacionamento diz respeito à perspectiva do vandalismo. O fumante é visto como capaz de provocar danos à alteridade e aos bens de outrem, ao expressar a identidade por meio do consumo, e por isso deve ser socialmente isolado. Aqui nos lembramos de Norberto Bobbio (1992), quando diz que, ao se conceder um direito a uma parcela da sociedade, poda-se o direito de outros. O texto do Ministério da Saúde cita a necessidade de retratar que o tabagismo não é bem aceito na sociedade, pelo fato de ser produtor de ar poluído.

Os fumantes passivos podem ser caracterizados como sendo adultos, jovens ou crianças não consumidores, que vivem expostos a riscos ao inalarem a fumaça dos cigarros provocada pelo tabagismo. A própria noção de alteridade traduz características que o texto silencia. Podemos aferir noções identitárias pelas descrições feitas dos consumidores ativos (a diferença evidencia a identidade). Assim sendo, o consumidor indireto é colocado como submisso às decisões do direto, ou seja, cabe ao consumidor final a responsabilidade e o dever de zelar ou não pela integridade do ambiente do qual os consumidores passivos são “obrigados” a partilhar.

A saúde no discurso do ministério

Em termos de saúde, o MS se manifesta socialmente como referência máxima no país, como não poderia deixar de ser. É um centro de incentivo à obtenção de informações, a pesquisas científicas e a políticas de promoção da saúde. Sendo assim, quais seriam as perspectivas sobre saúde desenvolvidas pelos recursos discursivos presentes do *website* sobre tabagismo e que são lançadas no debate social sobre a questão?



Para iniciar a pesquisa, temos as perspectivas apontadas anteriormente ao nos referirmos ao consumidor, discorrendo sobre a metáfora da “saúde”. Contudo, para o presente tópico lançamos mão das três perspectivas avaliadas no discurso da Souza Cruz, que também se apresentam nos textos estudados: cadeia produtiva, o ato de fumar e os riscos à saúde.

Na primeira categoria de análise, nos foi possível encontrar uma perspectiva alinhada às técnicas de gestão. Expressões como estratégias, objetivos, planos, produção, publicidade, consumidores, mercado, exportação e economia são exemplos disso. Há um direcionamento claro de que toda a cadeia produtiva é vista como meramente comercial, em um processo desumanizado. No decorrer da análise, estiveram presentes a relação entre a personificação dada à indústria e a outros atores da cadeia produtiva, dentre os quais sobressaem o produtor rural, o consumidor, órgãos legisladores, o mercado externo, a sociedade médica, a sociedade em geral etc.

Em todas essas instâncias destacam-se aspectos negativos: para o produtor rural, uma situação de “dependência” do plantio, danos à saúde e situação de dominação (Carvalho, 2011); os consumidores têm “danos” financeiros (em constante aumento graças à elevação dos tributos), de saúde, sociais e psicológicos; os órgãos legisladores se veem sob constante pressão quando se trata da aplicação jurídica de medidas, considerando as vantagens econômicas do tabagismo para o país, além das brechas nas legislações que favorecem o emplantamento de novas estratégias de atuação da indústria – ou seja, há uma diminuição da capacidade de exercer autoridade (socialmente concebida e idealizada); sociedade médica também sob pressão com relação ao desenvolvimento de pesquisas, grupos e técnicas mais apuradas para atuação e tratamento; a sociedade geral se vê à mercê da “poluição tabagística ambiental” que se apresenta “contra a saúde pública e o bem-estar da população” (Inca, 2011), sendo responsável pelo custeio de uma variedade de tratamentos e como “fator agravante da fome e da pobreza” (Inca, 2011).

Nesse sentido, ainda se destacam alguns pontos positivos para a economia: rentabilidade de impostos e posicionamento do comércio exterior. O Brasil é o maior exportador mundial de folhas de tabaco, o quarto maior produtor de cigarros e arrecada centenas de milhões de reais em impostos anuais. São questões que colocam as autoridades antitabagistas diante de um “conflito”, da “falta de consenso” e de uma “variedade de métodos”, ou seja, de um discurso muitas vezes contraditório.

No que diz respeito à segunda categoria proposta (o ato de fumar), a pesquisa identificou três tópicos de destaque: processo de experimentação, representação social e processo de abandono da condição de consumidor. Expressões como desafio, quadro alarmante, dependência prematura e a construção frasal “a magnitude do fenômeno do tabagismo ultrapassa as questões específicas do biológico e traz consequências na vida social, cultural e econômica” (Inca, 2011) traduzem as perspectivas do discurso.

A primeira categoria está baseada em pesquisas e estudos que investigam as causas da iniciação do consumo de cigarros e derivados do tabaco, apontando para uma maioria iniciante em período escolar e em faixa etária abaixo dos dezenove anos. Nesse sentido, a comunicação se apresenta como grande vilã, associada a um grande poder de manipulação psicológica nos jovens, aparecendo em expressões como promoção, marketing, propaganda, meios de comunicação de massa, divulgação e veiculados. Por influência das mídias, são disseminados valores simbólicos que se traduzem – segundo perspectiva do discurso – em exemplos a serem seguidos, associados ao tabagismo e estimuladores de condutas. Palavras como modelo, rebeldia, autoafirmação, liberdade, sucesso, beleza e aceitação social são direcionadas para a influência em prol de uma atitude psicocomportamental negativa.

Esse assunto também entra em contato com as perspectivas sobre a representação social do fumante, descrita a partir da criação de um mundo ilusório pela mídia. “A divulgação dessas ideias ao longo dos anos tomou o hábito de fumar um comportamento socialmente aceitável e até positivo” (Inca, 2011). Assim, é possível perceber que a identidade tabagista é mutável ao longo dos tempos e se torna uma construção social e compartilhada. Em vários momentos, encontramos expressões como essas que visam à negatização da representação dessa identidade marcada pelo consumo de derivados do tabaco, não apenas do produto. Há uma aparente tendência ao isolamento social do ser, enquanto este se manifesta por meio de tal hábito de consumo.

Essa transformação é retratada no texto pelas formas habituais de consumir. O derivado de tabaco que se consome (rapé, fumo de rolo, cachimbos, cigarros, cigarrilhas, charutos etc.) coloca o indivíduo em outras posições sociais, mesmo sendo essa apenas uma variação “comportamental” – tendo em vista que os problemas causados são os mesmos e as concentrações de substâncias tóxicas não variam em relevância. Ou seja, tendo em vista o contexto de intensa regulação do tabagismo, notamos uma vontade de se construir um novo cenário idealizado pelas perspectivas de saúde pública (“mostrar que o tabagismo não é tão aceitável socialmente quanto parece”), cenário no qual o tabagista se torna um ser marginal. Para ser novamente tido como um agente ativo na vida social, o consumidor deve deixar essa vertente identitária.

Esse gancho nos leva a abordar a terceira subcategoria analítica: o processo de abandono, aqui relacionado com o paciente, o aluno e o autocontrolador. Quanto ao paciente, vê-se o consumidor como um doente, controlado, submetido a um tratamento, medicamentoso ou alternativo, fechado em modelos específicos e com condutas padronizadas e “sistematizadas. Para o aluno há planos de ação efetivados em ambientes escolares ou em conduta didática (orientações fornecidas pelo próprio *site* em termos de educação); expressões como fundamentação teórica, tradução, educação, conscientização e escolaridade são frequentes nos textos analisados; notamos também que a conscientização proposta acaba, em alguns casos, se limitando à descrição de condutas, doenças e componentes do tabaco com a utilização de termos técnicos.



Quanto ao autocontrolador, a questão é colocada como se o próprio consumidor se tornasse responsável pela metodologia de cessação do consumo; flexões modais do discurso transformam construções frasais em espécies de dicas para os consumidores conquistarem o objetivo de parar de fumar – o desafio (metaforicamente visto como jogo, no qual se estipulam as regras básicas e se dão informações privilegiadas para maior eficiência e eficácia das estratégias traçadas pelo próprio jogador).

No que tange aos riscos à saúde, temos as seguintes perspectivas: composição, doenças e dados estatísticos. Em todos os casos encontramos expressões que dizem respeito à cessação do tabagismo como a única saída para a redução dos riscos à saúde, traduzida como esperança para os condenados (“a luz no fim do túnel”). Os elementos que compõem o tabaco e as doenças provocadas por eles são, em grande parte, tratados com linguagem científica e segundopadrões linguísticos de difícil acesso. Por outro lado, os dados estatísticos buscam esclarecer o cenário em que se encontram os tabagistas. Expressões como risco, pode e frequência caracterizam uma possibilidade, ou seja, ao mesmo tempo em que criam uma atmosfera de esperança geram o temor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças contextuais e os novos posicionamentos político-discursivos estabelecidos pelos demais atores sociais envolvidos no debate público sobre o tabagismo implicam não apenas uma interlocução entre os discursos, mas também uma necessidade de nova articulação discursiva. Como se percebe claramente, os agentes ativos nas discussões estão presentes e dialogam com as perspectivas do MS. Há, por exemplo, uma intensa recorrência aos estudos e às pesquisas científicas, além de referência a outros discursos legitimados, objetivando apresentar a causa antitabagista como sendo um conglomerado de forças políticas. Os textos são pautados pela articulação discursiva da Souza Cruz e da indústria tabagista de modo geral, em constante tentativa de deslegitimação.

Por se tratar de uma instituição representante do poder público, o MS busca a legitimação muitas vezes por meio de legislações e programas, traduzindo uma espécie de enclausuramento do tabagista como consumidor, como ser marginalizado socialmente, tendo em vista que se condena não só o uso habitual dos derivados, como também o consumidor. Os dados estatísticos, que representam em primeira instância legitimadores discursivos, são geralmente acompanhados de expressões que se traduzem, ao mesmo tempo, em esperança de não se ser vítima de nenhum mal, mas também no temor de fazer parte dos números.

Os textos também direcionam para uma visão idealizada de uma realidade futura, na qual a sociedade viveria sem problemas de saúde advindos do tabagismo. Os recursos utilizados ten-



tam mobilizar e inserir tal visão no ambiente social cotidiano, propondo uma mudança cultural construída ao longo da história, pela mídia e por outras questões, de que os derivados do tabaco são aceitos. Nesse sentido há uma negativização do papel social dos meios de comunicação, vistos como atores ativos do processo de construção da realidade enquanto propagadores de um imaginário coletivo favorável e de uma tentativa de regulação das formas de comunicação nesse sentido. A ideia do “bem maior” está presente em todo o texto por meio dos recursos sobre a coletividade.

Esses novos olhares sobre o discurso do MS nos permitem retirar importantes perspectivas sobre o cotidiano vigente e compreender um pouco mais a realidade em que vivemos. Além disso, levantam novos questionamentos que poderão alavancar as pesquisas realizadas no campo da comunicação – não apenas no âmbito das organizações – e em outros ambientes científicos nos quais o debate público sobre o tabagismo se encontra como grande lugar de sombra.

Para nós, o conteúdo deste trabalho nos leva a um próximo estágio, no qual serão propiciadas percepções dialógicas sobre o processo de construção discursiva dos atores envolvidos e de que maneiras estes se relacionam, por meio de sistemas comunicacionais, com outros atores sociais – ambiente de disputas pelo poder discursivo.

REFERÊNCIAS

BARROS, Dana Luz Pessoa de. Contribuições de Bakhtin às teorias do texto e do discurso. In: FARACO, Carlos A. et. al. *Diálogos com Bakhtin*. Curitiba: Ed. da UFPR, 2001. p. 21-42.

BAUMAN, Zygmunt *Globalização: as consequências humanas*. Trad. de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *Vida para o consumo: a transformação das pessoas em mercadoria*. Trad. de Carlos Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BERGER, Peter Ludwig; LUCKMAN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Trad. de Carlos Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOEIRA, Sérgio Luís. *Atrás da cortina de fumaça: tabaco, tabagismo e meio ambiente*. Estratégias da Indústria e dilemas da crítica. Itajaí: Ed. Univali, 2002.

BOEIRA, Sérgio Luís; JOHNS, Paula. Indústria de tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. *Interthesis*, Florianópolis, n. 4, p. 1-25, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/895>>. Acesso em: 13 jul. 2010.



CARVALHO, Raphael Silva S. Oliveira. *Discursos em cinzas: olhares sobre as representações identitárias de fumantes segundo discursos institucionais*. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

_____. Folkcomunicação e comunicação organizacional: a Afubra como líder comunitária dos fumicultores brasileiros em busca de novas representações. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DOS ESTUDOS DA FOLKCOMUNICAÇÃO, XIV, Juiz de Fora, 2011. *Anais...* São Paulo: Folkcom – Rede Brasileira de Estudos e Pesquisa em Folkcomunicação, 2011.

CARVALHO, Raphael Silva S. Oliveira LOPES FILHO, Boanerges B. É proibido fumar?: considerações sobre o posicionamento discursivo da Souza Cruz. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, XXXII, Caxias do Sul (RS), 2010. *Anais...* São Paulo: Intercom, 2010.

DIAS, Luiz Francisco. Significação e forma linguística na visão de Bakhtin. In: BRAIT, Beth. *Bakhtin: dialogismo e construção de sentido*. Campinas (SP): Editora da Unicamp, 2005. p 99-107.

GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 2008.

HALL, Stuart. *Identidade cultural na pós-modernidade*. Trad. De Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 7. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo. Disponível em: <www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: fev. 2011.

ITGA. International Tobacco Grower's Association. Disponível em: <<http://www.tobaccoleaf.org>>. Acesso em: jan.2011.

LOPES FILHO, Boanerges B. et al. Transdisciplinaridade, metáforas e comunicação organizacional: reflexões sobre transformações mercadológicas, terminológicas e identitárias. In: XV CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE, XV, Vitória (ES), 2010. *Anais...*São Paulo: Intercom, 2010.

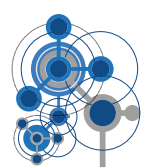
LUCK, Steve. *The complete guide to cigars*. Bath: Parragon, 2008.

OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; PAULA, Carine F. Caetano de. Comunicação no contexto das organizações: produtora ou ordenadora de sentidos. In: OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; SOARES, Ana Thereza Nogueira (Org.). *Interfaces e tendências da comunicação*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2008.

SARDINHA, Tony Berber. *Metáfora*. São Paulo: Parábola Editorial, 2007.

VIZEU, Alfredo. *O lado oculto do telejornalismo*. Florianópolis: Calandra, 2005.

Recebido em: 19.03.2012 / Aceito em: 15.06.2012





Comunicação e mediações em aids: um olhar sobre o silêncio e o silenciamento no universo feminino

Communication and mediation for aids:
a vision of the silence and of the silencing in the feminine niverse

Comunicación y mediaciones sobre el sida:
una mirada al silencio y al silenciamiento en el universo femenino

Valdir de Castro Oliveira

- Doutor em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- Mestre em Sociologia Rural pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
- Especialista em Comunicação e Planejamento pelo Ciespal (Equador)
- Graduado em Comunicação Social – Jornalismo pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas)
- Professor do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict-Fiocruz)
- Pesquisador do Laboratório de Comunicação e Saúde da Fiocruz (Laces-Icict-Fiocruz)
- E-mail: valdirco@yahoo.com.br

Daniela Savaget Barbosa Rezende

- Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict-Fiocruz)
- Especialista em Comunicação e Saúde pelo Icict-Fiocruz
- E-mail: danisavaget@ig.com.br



Resumo

Este artigo discute a produção dos sentidos da aids no universo feminino por meio da noção de *mediação*. O termo visa traçar as representações simbólicas que compõem a epidemia entre mulheres. A nossa hipótese é a de que as relações que as mulheres vivendo com HIV/aids mantêm com a sociedade são repletas de silêncios que as afetam duplamente: pelos estigmas da doença em si e pelas relações de poder que mantêm com seus parceiros. Porém, não obstante essa realidade, elas buscam espaços alternativos para amenizar o cenário que afeta mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE • COMUNICAÇÃO • MEDIAÇÃO • AIDS • MULHERES • SILÊNCIO

Abstract

This article discusses the production of the meanings of aids in the female universe through the notion of mediation. The term aims at outlining the symbolic representations that make up the epidemic among women. Our theory is that the relationships that women afflicted by HIV/aids have with society are full of silences that affect them twice: due to the stigma of the disease itself and to the power relations that they face with their partners. Yet, despite this reality, they seek alternative ways of appeasing the condition that affects women that are afflicted by HIV/aids in Brazil.

KEYWORDS: HEALTH • COMMUNICATION • MEDIATION • AIDS • WOMEN • SILENCE

Resumen

En este artículo se discute la producción de los significados del sida en el universo femenino, a través de la noción de mediación. El término pretende esbozar las representaciones simbólicas que componen la epidemia entre las mujeres. Nuestra hipótesis es que las relaciones que las mujeres con VIH/sida mantienen con la sociedad están llenas de silencios que las afectan doblemente: por los estigmas de la enfermedad en sí y por las relaciones de poder que tienen con sus compañeros. Mas, no obstante esa realidad, ellas buscan espacios alternativos para aliviar el escenario que envuelve a las mujeres que viven con VIH/sida en el Brasil.

PALABRAS CLAVE: SALUD • COMUNICACIÓN • MEDIACIÓN • SIDA • MUJERES • SILENCIO



Este artigo se propõe discutir o conceito de comunicação como mediação no contexto da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no universo feminino. O termo mediação tem feito parte, nos últimos anos, dos textos na área da pesquisa em comunicação, trazendo uma nova forma de se pensar o campo a partir de sua dimensão simbólica e articulação entre realidade e representação. Nessa perspectiva, temos inúmeras determinações e não mais categorias dicotômicas (emissor e receptor) presentes no modelo positivista da comunicação. Neste artigo, a noção de mediação surge para tratar das forças mediadas e produzidas pelas relações discursivas entre os atores que compõem o atual contexto de feminização¹ da aids.

Sendo assim, optamos por centralizar nossa reflexão na mediação como fator de compartilhamento de sentidos sobre a doença entre mulheres vivendo com HIV e aids². Para isso, destacamos alguns autores para os quais a questão de mediação se articula com a alteridade e buscamos a possibilidade da configuração do conceito no âmbito de mulheres que produzem e fazem circular discursos, nos quais elas se reconhecem e são por eles reconhecidas. Entendemos que, ao mapear fatores de mediação da aids no universo feminino estamos mapeando redes de produções dos sentidos movimentadas pelas práticas discursivas dessas mulheres.

Interessa-nos pensar ainda que o silêncio e o silenciamento sobre e entre mulheres e aids não são destituídos de sentidos e que também podem se constituir em formas de mediações e de significações; e que não resultam, necessariamente, em uma atitude passiva diante da vida ou da doença e o contexto que a cerca. Para tal, tomamos como embasamento teórico que o silêncio é repleto de significantes constitutivos dos discursos. Estar em silêncio corresponde a um modo específico de estar em sentido e em estado de ação social. O nosso pressuposto, com base nos estudos de Eni Orlandi (2007), é que o silenciamento pode ser entendido como um processo de produção dos sentidos silenciados, como uma dimensão específica do não-dito. Nessa perspectiva, Inesita S. Araújo define que todo discurso pressupõe a existência de inúmeros silêncios. Para a autora, “o silêncio é constitutivo dos discursos, à medida que todo dizer é também um silenciar. Quando se fala algo, deixa-se outro algo de fora, na periferia dos sentidos” (Araújo, 2000, p. 162).

¹ No Brasil, embora ainda existam mais casos notificados de aids entre o sexo masculino, a velocidade do crescimento da epidemia entre mulheres é muito maior do que entre os homens. Essa tendência de redução da razão homens/mulheres infectadas pelo HIV vem sendo descrita como feminização e heterossexualização da aids (Brasil, 2010).

² Existe uma diferença entre pessoas infectadas pelo HIV e pessoas com aids. HIV é o vírus da imunodeficiência humana, que causa a doença aids. O soropositivo para o HIV pode permanecer por anos infectado sem desenvolver a doença aids. A definição do que é caso de aids foi feita pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos Estados Unidos em 1987 e 1993; e pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1998. Uma das condições para ser enquadrado em caso de aids no país é estar com o CD4 (glóbulos brancos que revelam o funcionamento do sistema imunológico) abaixo de 350, ou, conforme o protocolo de Caracas, pelo somatório por pontos de doenças oportunistas.



Paradoxalmente, entretanto, o cenário de silêncios sobre a aids no universo feminino pode ser entendido por um excesso de visibilidade da doença na esfera pública, provocada principalmente pelo campo midiático. Desde a notificação dos primeiros casos de aids no Brasil, na década de 1980, a doença passou a ser combatida dentro de uma nova lógica organizacional das políticas públicas de saúde, na qual a presença da sociedade civil foi complementada por uma intensiva visibilidade midiática jamais dada antes a outra epidemia na história social das doenças. Nesse sentido, o campo das mídias, alimentado muitas vezes por fontes do campo das ciências, foi responsável por construir um imaginário sobre a aids em que as informações difundidas reforçavam alguns de seus aspectos relacionados a determinados “grupos de risco”.

O campo das mídias, como um campo de mediação envolvendo todos os dispositivos que buscam compor os valores dos diversos outros campos sociais e o direito a mobilizar o espaço público (Rodrigues, 1999), demonstrou seu poder de interpelar os outros campos e ser por eles interpelado. Nesse jogo de interpretação e disputas para a produção sobre os sentidos da doença, o campo das mídias moldou ou reproduziu os discursos de médicos, cientistas, pesquisadores, religiosos, indústria farmacêutica e políticos, que se valeram desse recurso para dar visibilidade e promover a circulação social da doença, alguns francamente preconceituosos e que, sem dúvida alguma, se impregnaram do discurso da mídia.

Se, por um lado, a extrema repercussão midiática contribuiu para gerar uma intensa mobilização da sociedade civil, por outro, esse cenário também foi permeado por várias formas de invisibilidades e de silêncios e de silenciamentos de alguns atores sociais, tanto para o universo feminino, quanto para o masculino. Acreditamos que isso aconteceu pelo fato de a intensiva visibilidade midiática sobre a doença e os sentidos que sobre ela passam a circular na esfera pública acabarem projetando sobre a pessoa soropositiva para o HIV um estigma que a anula como indivíduo e a constitui em estereótipo. A razão é que todo estigma social corresponde a uma forma de preconceito e acaba por gerar um efeito contrário ao da própria visibilidade, pois “dissolve a identidade do outro e a substitui pelo retrato estereotipado e a classificação que lhe impomos” (Soares; MV Bill; Athayde, 2005, p. 175).

Foi o que aconteceu no momento que a doença passou a se relacionar com determinados grupos sociais já detentores de outros preconceitos ou estigmas, como os “5H” definidos por algumas autoridades e setores da saúde e amplamente difundidos pela mídia. Em 1982 adotou-se, temporariamente, o nome “Doença dos 5H” para a aids, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (nome em inglês dado às prostitutas).

As consequências desse jogo de visibilidades e invisibilidades sobre a doença foram potencializadas e contribuíram para afetar, sobremaneira, o universo feminino infectado. Entre outras coisas, gerou-se o silêncio e o silenciamento das mulheres soropositivas, criando-se um cenário



específico de estigmas para além daqueles que já habitavam os “grupos de risco”. Isso não obstante as mudanças da cobertura midiática, das autoridades e da organização da sociedade para evitar a estigmatização da doença.

Quando, entretanto, consideramos especificamente o universo feminino, a situação traz alguns agravantes que merecem ser discutidos. Não é apenas a doença ou o estigma que as silenciam, mas também a convergência de uma série de fatores que cultural e historicamente envolvem esse universo. Assim, por exemplo, podemos dizer que as mulheres foram (e de certa maneira continuam) silenciadas pela relação patriarcal brasileira, na qual componentes socioeconômicos e culturais estruturam as desigualdades entre homens e mulheres.

Referindo-se ao cenário da relação da aids com esse universo, Carmen Dora Guimarães lembra que grande parte dos diagnósticos positivos para o HIV relativos às mulheres brasileiras, por exemplo, está diretamente relacionada ao parceiro e que não existem muitos dados sociodemográficos referentes a essas mulheres. Segundo a autora, “elas permanecem sem história e socialmente anônimas” (Guimarães, 2001, p. 29). Isso nos permite pensar que a invisibilidade ou a visibilidade, midiática ou não, está profundamente impregnada da lógica cultural que preside a própria organização da sociedade e dos seus setores de saúde e que, consciente ou inconscientemente, podem se transformar em fatores geradores de silêncios, silenciamentos e estigmas.

Assim, muitas mulheres que hoje vivem e convivem com o HIV e a aids estão inseridas nesse contexto de invisibilidade, silêncios e silenciamentos presente no espaço de disputas de sentidos sobre a aids e os expressam em suas relações sociais e seus imaginários diários, assim como em suas mediações de naturezas diversas.

COMUNICAÇÃO E MEDIAÇÃO

Quando falamos em comunicação, algumas definições servem de referência. A mais conhecida e também criticada atualmente é a da comunicação como transmissão de informações. Nesse modelo, conforme nos lembram Ilana Polistchuk e Aluizio R. Trinta (2007), para ter uma boa comunicação, um emissor deve enviar uma mensagem para um receptor por meio de um canal, evitando ao máximo os ruídos.

O modelo citado, conhecido por modelo informacional da comunicação, foi apresentado pelo físico Claude Shannon e pelo matemático Warren Weaver em 1948, ambos americanos e então pesquisadores do Laboratório Balls. Como a guerra havia evidenciado deficiências na comunicação entre forças militares, os cientistas buscavam a melhor maneira de transferir uma mensagem de um polo a outro, com o mínimo possível de interferências, ou seja, de ruídos (Wolf, 1995).



Assim, o modelo de Shannon e Weaver trazia uma fórmula matemática da correlação entre a transmissão das mensagens, ficando conhecido também como modelo matemático da comunicação. Dentre suas principais características, podemos citar a linearidade (o modelo descreve a comunicação como um processo linear, que percorre um caminho sem variantes), a unidirecionalidade (a comunicação vai de um polo a outro sem direito à inversão) e a bipolaridade (existem apenas dois polos de relação da comunicação).

Há ainda uma corrente de pensadores que entende a comunicação como interação entre os sujeitos, sendo a relação circulante entre eles mais importante que a própria informação nela circulante. Tal escola de pensamento originou-se no pragmatismo americano, com o trabalho de Herbert Mead. Outro pioneiro na área foi Herbert Blumer, estudioso de Mead e criador do termo “interacionismo simbólico,” no qual evidencia as principais perspectivas dessa abordagem: os indivíduos agem baseando-se nos significados que o universo circundante têm para eles; e esses significados são resultantes da sua interação social (Polistchuk; Trinta, 2007).

Sem a pretensão de desvalorizar essas concepções, avaliamos que elas não dão conta de explicar a complexidade dos jogos comunicacionais correntes na sociedade. Em contrapartida, encontramos o conceito de mediação na comunicação trabalhado por vários autores, como Jesús Martín-Barbero (1997), Luiz Signates (2006), Eliseo Verón (1980), Inesita Araújo (2002) e Guillermo Orozco-Gómez (1997), que o entendem como uma instância de produção de sentidos baseada na dimensão simbólica da comunicação, com enfoque mais no processo de enunciação do que nos efeitos das mensagens postas em circulação.

Alguns desses autores têm buscado no termo mediação uma nova maneira de interpretar os processos comunicacionais, como Martín-Barbero (1997), Orozco-Gómez (1997) e Araújo (2002), entendendo que ele configura um fator de alteridade entre diferentes interlocutores como instâncias mediadoras dos sentidos sociais.

Martín-Barbero (1997) pressupõe que a comunicação é mais uma questão de mediações do que de meios (mídia), contrapondo-se assim aos estudos da comunicação centrados nos *mass media*. Segundo ele, os estudos com base no conceito de mediação devem atentar para as questões de articulação entre práticas de comunicação e formas de ação social como modos de compreender as várias lógicas que conformam uma matriz cultural, e não apenas o efeito dos meios sobre as pessoas.

Assim ele propõe que, em vez do estudo dos meios, devemos promover o estudo das mediações, cujo processo de articulação é dinâmico e feito por diferentes fluxos de informações e de sentidos. Nessa perspectiva, o uso do termo mediação na comunicação não pode associar-se, segundo Signates (2006), às palavras intermediação, filtro ou intervenção. Segundo esse autor, que realizou uma detalhada revisão do conceito de mediações em Martín-Barbero, tal conceito pressupõe distanciar-se do simples intercâmbio de mensagens de um polo a outro, como supõem teorias positivistas da comunicação. Para ele, o conceito de mediação deve relacionar-se com as

possibilidades de alteridade entre sujeitos sociais mediados pelo simbólico que se dá nas relações sociais, culturais e institucionais.

Aproxima-se dessa interpretação a visão de Araújo (2002), na qual a mediação possibilita a conversão de uma realidade em outra. Nas palavras da autora,

o conceito é aplicável a realidades que são eminentemente discursivas, portanto mutuamente constitutivas, mas que apresentam, sempre, um efeito ideológico de diferenciação, [donde] a ideia de conversão, de transformação. Ampliando o campo de definições, entendo que os fatores de mediação permitem e promovem o fluxo dos indivíduos e comunidades discursivas entre os diversos lugares de interlocução, favorecendo e mesmo determinando o equilíbrio de forças. É, então, um conceito que encerra a ideia de movimento, mas também a de condições de produção, o que permite perceber que as mediações constroem os polos da relação, não sendo destacáveis delas (Araújo, 2002, p. 265).

Relembrando o estudo de Orozco-Gómez (1997), Araújo (2008) expõe quatro tipologias das mediações: a) Mediações individuais – Provêm das capacidades históricas e culturais específicas que se articulam com particularidades como sexo, etnia e origem social; b) Mediações situacionais – referem-se ao modo como as pessoas interagem com o meio de comunicação (recepção); c) Mediações institucionais – relacionam-se com o processo de reapropriação dos sentidos; d) Mediações massmediáticas – a tecnologia exerce uma mediação.

De acordo com esses autores, a palavra mediação supõe articulação simbólica entre a realidade e sua representação, atravessada por várias redes simbólicas de sentidos. Falar de mediação, portanto, é falar de circulação, negociação, sentido, práticas discursivas e contexto. Mapear fatores de mediação, por sua vez, representa mapear redes de produções dos sentidos movimentadas por práticas discursivas (lugares de mediação). Algumas dessas redes nos levam a um rico equilíbrio de forças mediado e produzido por atores de vários gêneros, que compõem representações sobre o adoecimento e a saúde e, especificamente, sobre o cenário social da aids entre mulheres.

Na epidemia de aids, certa conjuntura histórica e política põe em cena um número variável de agentes sociais e instituições que construíram e constroem sentidos sobre a doença. Nesse cenário, a linguagem representa relação de força e poder e o silêncio também é expressão linguística, possuindo e produzindo sentidos sobre a epidemia e seu contexto de feminização. Para refletirmos sobre essas questões vamos, a princípio, embarcar no contexto histórico da construção de discursos sobre a aids no campo das mídias. Depois partimos para os discursos e as representações sociais comunicadas por diferentes meios (inclusive pelo silêncio e silenciamento) e em níveis de discursos diversos no contexto das mulheres vivendo e convivendo com HIV e aids.



AIDS NO CAMPO DAS MÍDIAS

No bojo das ideias nascidas em meio ao mapa conceitual da palavra mediação na comunicação encontramos o campo das mídias como um campo de mediação envolvendo todos os dispositivos que buscam compor os valores dos diversos campos sociais e o direito a mobilizar o espaço público (Rodrigues, 1999). É um campo reconhecido e legitimado pelos outros campos, com o poder de interpelar e ser interpelado pelos outros campos. Valdir de Castro Oliveira (1995, p. 5) reforça tal perspectiva:

Na pluralidade discursiva que se verifica na sociedade (discurso científico, publicitário, médico, político, jurídico) cada campo, dependendo da força que detém no conjunto da sociedade, adquire maior ou menor competência para se dirigir, interpretar ou interpelar os outros campos, assim como garantir sua presença no cenário público. Contudo, o conjunto do universo social implodiria se os mídias não pudessem reinterpretar e dar unidade a esta miríade discursiva que se verifica e deságua no cotidiano social. Sem essa unidade os sujeitos sociais não poderiam construir ou atribuir sentidos ao seu cotidiano e dessa forma participar do jogo social ou, ainda que minimamente, ter uma compreensão mais ou menos unitária sobre o funcionamento social.

Logo, o campo das mídias pode ser visto como as distintas formas de mediação entre os diferentes atores sociais no campo da saúde. Ao lugar em que ocorre o intercâmbio dos discursos construídos em diversos campos do saber, Elizabeth Rondelli (1995) dá o nome de “mediação da saúde”. Para a autora, tais discursos se entrelaçam em momentos históricos particulares, de modo a conformar determinado conhecimento sobre a saúde. Especificamente no caso da aids, os discursos midiáticos sobre a doença constituem uma apropriação de diversos discursos, oriundos dos mais diferentes campos de saber e submetidos aos poderes internos do campo das mídias.

Desde o seu reconhecimento nos Estados Unidos, em meados de 1981, a aids foi tema de muitas publicações na imprensa brasileira, constituindo um fenômeno de amplo espectro, envolvendo elementos de ordem biológica, cultural, ética, política e econômica. O momento inicial da construção de sentidos sobre a doença realizou-se à medida que ela ganhou corpo na mídia a partir de noções estigmatizantes, como os termos “peste gay” e “câncer gay”, expressões que, por vezes, foram utilizadas pelos principais jornais impressos do país para se referir à aids (Fausto Neto, 1999).

Mecanismos complexos de produção e disputa de sentidos se deram entre organizações e seus representantes. Diferentes instituições e personalidades utilizaram os veículos de comunicação para a produção de significados sobre a doença, deixando nítidos o processo de visibilidade que a mídia dá às falas nesse espaço onde ela se estrutura e a sua importância como dispositivo instituidor do espaço público.

As corporações midiáticas legitimaram discursos por meio de produções simbólicas e também buscaram alcançar os lucros presentes em sua própria lógica de produção, conforme reforça Fausto Neto (1999, p. 15):



As diferentes instituições envolvidas em várias políticas sobre a questão da aids travam, segundo disputas e retóricas próprias, embates que visam desqualificar e/ou questionar a condução das ações de outras iniciativas que são tomadas em diferentes áreas. Tais disputas tomam forma nos jornais, nos artigos assinados por especialistas e/ou representantes desses fóruns privados e públicos.

Assim, a aids passou a fazer parte do cotidiano graças aos meios de comunicação, que cederam espaços para o tema, principalmente devido ao chamado caráter irreversível da doença e ao número de mortos e infectados, que crescia a cada dia. O mundo vivia não só a epidemia da aids como um novo fato social, como também a epidemia de informações sobre a doença (Lima, 2005).

O AZT, primeiro remédio a ser colocado no mercado para o tratamento da doença, criou um estardalhaço na mídia nacional. Logo surgiram na televisão aparições das pessoas vivendo com HIV e aids. No bojo dessa epidemia de informações, despontaram no país iniciativas da sociedade civil para elaboração de novos discursos e políticas públicas relacionadas à doença: a partir de 1985 foram criadas as primeiras organizações não-governamentais (ONGs) dedicadas exclusivamente à aids.

ENTRE VISIBILIDADES E INVISIBILIDADES

É verdade que, por um lado, temos uma doença com grande mobilização por parte da sociedade civil e repercussão midiática, uma vez que “as mídias vão, não só anunciando a noção de realidade, mas convertendo-se, elas mesmas, como lugar pelo qual a realidade não só passa por elas, mas também se faz nelas” (Fausto Neto, 1999, p. 16). Mas, por outro lado, a imagem caricata da aids como doença dos homossexuais contribuiu para a invisibilidade, ao longo dos anos, da aids que também se fez e faz presente nas mulheres. Desde o surgimento da epidemia, a aids se constitui numa realidade para as mulheres, mas a relação entre a população feminina e a doença, entendida como restrita às parceiras de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos e de homens bissexuais, ou às mulheres envolvidas com a prática da prostituição, retardou o início das primeiras respostas coordenadas sobre a epidemia para a população feminina (Brasil, 2007).

Somada a essa conjuntura, verifica-se também a pauperização da aids, com a crescente incidência da epidemia junto às camadas com baixa renda e baixo nível de instrução; consequentemente, mais uma questão de invisibilidade relacionada à doença para mulheres.

Nas tortuosas linhas demarcatórias entre visibilidades e invisibilidades, silêncios e silenciamentos, a temática das mulheres e aids ainda nos remete para as próprias relações de gênero presentes na sociedade brasileira e para os contextos cultural e sociodemográfico relativos às desigualdades entre homens e mulheres.



Sob a perspectiva da invisibilidade permeada de silêncios e silenciamentos em diversos fluxos de mediação, muitas mulheres fazem parte de comunidades que tratam das questões referentes ao adoecimento e saúde quando a temática é o HIV e a aids. Essas comunidades são, em sua maioria, movimentos sociais organizados ou grupos de mulheres de discussão sobre a temática que nos remetem para uma perspectiva de sociedade enquanto vinculação e compartilhamento social, pela qual podemos observar as cenas interlocutórias não apenas como transmissão de informações, de acordo com o modelo positivista da comunicação, mas como atos repletos de emoção. Um grupo funciona como uma rede que faz uma tessitura solidária em torno das mulheres, cuja base é composta por valores, sentimentos e paixões. Neste caso, a palavra de ordem é mediação.

Com efeito, sobre essa reflexão referente à mediação, fizemos um esforço para pensar a possibilidade da configuração do conceito por mulheres que se reúnem nesses grupos, por exemplo no âmbito de uma organização não-governamental, prática muito aferida no atual contexto de determinadas ONGs nacionais dedicadas à aids. Para tanto, nos valem sempre da ideia de mediação como fator de alteridade e vinculação social. Importante destacar ainda que traçamos a possibilidade do uso do conceito no cenário do HIV e da aids no universo feminino de forma ampla, sendo que, em pesquisas com grupos específicos, cada um deles apresentará suas próprias especificidades, com mediações mais complexas e mais aferidas em determinadas áreas, com silêncios mais presentes em certos grupos interlocutórios etc. De toda forma, acreditamos que se trata de um olhar que nos remete para uma análise da prática comunicativa dessas mulheres atravessada por várias redes simbólicas de sentidos sobre a epidemia de aids e que pode, inclusive, incitar novas pesquisas na área, visando uma melhor compreensão dos processos de adoecimento e saúde dessas mulheres.

MEDIAÇÕES E PRODUÇÃO DE SENTIDOS DA AIDS NO UNIVERSO FEMININO

Na busca de entendimento da comunicação como fator de mediação das/nas práticas das políticas públicas de saúde no contexto de mulheres com HIV e aids, a questão ultrapassa a análise crítica das mídias em relação a seu papel e sua importância para a configuração e a construção de sentidos sobre a doença – embora também se construa neles – na esfera pública contemporânea. Primeiro é preciso ter em mente que, se essas mulheres se reúnem dentro de uma ONG, é essa ONG a instituição que media a agência do sujeito, por meio do seu âmbito de significação, determinado por sua natureza institucional, objetivos e pressões políticas e econômicas a que estão submetidas.

Já numa reflexão mais específica sobre as reuniões desse grupo, o conceito de mediação passa pelos interesses pessoais, comunitários, políticos e econômicos dos membros do grupo,



que possuem conhecimento da realidade sobre a vivência com o vírus; pelas relações pessoais e afetivas entre seus membros; pela capacidade de mobilização centrada nos direitos das pessoas e particularmente das mulheres vivendo com HIV e aids; pela circulação de materiais de comunicação sobre HIV e aids e temáticas afins (como doenças oportunistas) entre os membros desse mesmo grupo, produzidos por outros núcleos (como órgãos governamentais ou mesmo outras ONGs); pelo intercâmbio sobre a produção dos meios de comunicação sobre a temática HIV e aids e o próprio processo de apropriação discursiva das mulheres do grupo dessa produção; pelos discursos concorrentes sobre a aids; pelo manejo desses discursos; pelas taxonomias fundadoras e ainda presentes no contexto da aids; pelo manejo dessas taxonomias; pelo processo de negociação entre núcleos e com outros núcleos, como a mídia e órgãos governamentais (secretarias de saúde, coordenações de dst e aids); pelo acesso aos meios de expressão via participação em instâncias coletivas (fóruns, redes e movimentos); e pela legitimidade do grupo perante a população e as organizações.

O SILÊNCIO E SILENCIAMENTO DE INTEGRANTES DE GRUPOS

Nesse contexto, para muitas mulheres, alguns desses grupos representam o único espaço para expressarem a soropositividade para o HIV. Para muitas é um espaço para quebrar o silêncio centrando-se no conhecimento da realidade sobre a vivência com o vírus da aids, visando, conforme apresentado, traçar alternativas de negociação entre núcleos e com outros núcleos, para participar em instâncias de organização coletiva, circular materiais de comunicação e provocar discussões no âmbito dos discursos concorrentes sobre a aids.

A mediação pode estar centrada ainda na discussão sobre o silenciamento dado ao tema por meio do intercâmbio da produção dos meios de comunicação sobre a temática HIV/aids e mulheres e o processo de apropriação discursiva dessa produção no campo das mídias.

Apesar de muitas mulheres desfazerem a lógica do silêncio ao narrarem suas histórias e dúvidas nesses grupos, muitos destes (principalmente aqueles que se reúnem em ONGs) trabalham sob a ótica do sigilo: as histórias não devem ser passadas adiante. Uma comunicação em segredo, um segredo que remete ao silêncio. Podemos pensar ainda o silenciamento como mediação para além do espaço do grupo: mulheres que optam pelo silenciamento de sua condição sorológica na escola, na família, em casa, no trabalho, em diversas comunidades das quais participam e onde possuem outros lugares de fala. Ou ainda mulheres que, mesmo diante de um grupo de discussão sobre o assunto, optam por silenciar seus discursos sobre o adoecimento e saúde no contexto do HIV e da aids. Essa opção também se reflete em outros lugares de interlocução, como é o caso dos serviços de saúde, nos quais usuárias põem em silêncio suas dúvidas e questões referentes a temáticas afins ao processo saúde/doença relacionado ao HIV e à aids, como temáticas referentes à sexualidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A noção de mediação tem apresentado grande importância entre teóricos da área da comunicação, principalmente em estudos em interface com o campo da saúde. O cenário da feminização da aids pode ser pensado por meio da utilização desse termo ao centrar a comunicação em sua dimensão simbólica, onde agentes que ocupam posições diferenciadas constroem discursos sobre a temática. Tais discursos funcionam como pano de fundo para a análise social da epidemia, ressaltando o espaço de confronto de interesses políticos e sociais e de relações de poder do qual participa toda a sociedade. Essas relações foram evidenciadas por embates discursivos arquitetados pelo campo das mídias, os quais, por muitos anos, revelaram taxonomias relacionando a aids ao universo das pestes e a públicos determinados, principalmente os homossexuais.

Como formas de classificação e exercícios de poder, as taxonomias não só se fizeram presentes na imprensa brasileira, como também se mantêm vivas nas memórias de muitas pessoas, principalmente no que diz respeito aos chamados “grupos de risco”, que remetem ao nome “doença dos 5H” dado à aids em 1982, e a um imaginário que afeta os discursos sobre a aids. Todo esse cenário de discursos referentes à temática é permeado por silêncios significantes da sociedade brasileira, que em muito se relacionam aos preconceitos e estigmas que permeiam essa doença.

Silenciando, as mulheres evitam parte do imaginário coletivo construído ao se enfatizar a relação da doença com a promiscuidade social e determinados “grupos de risco”, o que ajudou a reforçar os tabus e os imaginários socialmente codificados pelas práticas discursivas. Tais silêncios podem ser entendidos como formas de mediações, implicando expressão de sentidos, e não como mudez.

Por um lado, observamos o cenário da epidemia repleto de silêncios significantes; por outro, não obstante o fato de muitas mulheres vivendo com HIV e aids silenciarem seus dramas, elas buscam, simultaneamente, espaços alternativos em que possam manifestá-los e se solidarizar com pessoas em situações semelhantes. Esses espaços são, para muitas, o primeiro rompimento do silêncio no que se refere à revelação da condição sorológica positiva. É ainda por meio deles que muitas passam a ter acesso a outros movimentos sociais e instâncias de participação social. Nesses espaços, ocorre a tentativa de produção de uma comunicação localmente produzida, principalmente por meio de conversações. Predominam, assim, mediações da ordem das motivações, afetividades, relações e, é claro, das discursividades.

Observamos, assim, que as mediações em aids no universo feminino oferecem um conjunto de hipóteses sobre a organização das mulheres diante da temática e os sentidos que atribuem sobre a doença. Isso fomenta o planejamento de ações voltadas para o controle e a prevenção da epidemia, bem como de estudos no campo, com grupos de mulheres em contextos específicos. O objetivo é obter maior evidência sobre o estigma e a discriminação associados à inserção socioeconômica e a questões de gênero, cor e raça, entre outras, no contexto da aids no universo feminino, bem como sobre os atuais desafios impostos pela epidemia.



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inesita S. Entre o centro e a periferia: contextos, mediações e produção de sentidos. In: COLÓQUIO MEDIAÇÕES E USOS DE SABERES E DA INFORMAÇÃO: UM DIÁLOGO FRANÇA-BRASIL, I. Rio de Janeiro, 2008. *Anais...* Rio de Janeiro: Rede Mussi, 2008. p. 151-165.

_____. *Mercado simbólico*: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas. 2002. 352 f. Tese (Doutorado em Comunicação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

_____. *A reconversão do olhar*: prática discursiva e produção dos sentidos nas intervenções sociais. São Leopoldo: Unisinos, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids/DST*, Brasília, Secretaria de Vigilância da Saúde / Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, a. VII, n. 1, jul. 2009 a jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Plano integrado de enfrentamento à feminização da aids e outras DSTs*. Brasília: Secretaria de Vigilância da Saúde / Programa Nacional da DST/Aids, 2007.

FAUSTO NETO, Antonio. *Comunicação e mídia impressa*. Estudo sobre a aids. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

GUIMARÃES, Carmen Dora. *Aids no feminino*: por que a cada dia mais mulheres contraem aids no Brasil? Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2001.

LIMA, Clóvis R. Montenegro de. *Aids: uma epidemia de informações*. São Paulo: Ed. Papers, 2005.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. *Dos meios às mediações*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1997.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *As formas do silêncio*: no movimento dos sentidos. 6. ed. Campinas: Ed. da Unicamp, 2007.

OROZCO-GÓMEZ, Guillermo. *La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa*. Guadalajara, México: Imdec, 1997.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Os mídias e a mitificação das tecnologias de saúde. In: PITTA, Áurea Maria da Rocha (Org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1995. p. 25-37.

POLISTCHUK, Ilana; TRINTA, Aluizio Ramos. *Teorias da comunicação*: o pensamento e a prática da comunicação social. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

RODRIGUES, Adreiano Duarte. *Estratégias da comunicação*: questão comunicacional e formas de sociabilidade, Lisboa: Presença, 1990.



RONDELLI, Elizabeth. Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: PITTA, Áurea Maria da Rocha (Org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1995. p.38-47.

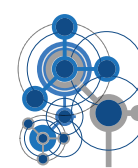
SIGNATES, Luiz. Estudo sobre o conceito de mediação e sua validade como categoria de análise para os estudos da comunicação. In: SOUZA, Mauro Wilton de (Org.). *Recepção midiática e espaço público*. São Paulo: Paulinas, 2006. p. 55-79.

SOARES, Luiz Eduardo; MV BILL; ATHAYDE, Celso. *Cabeça de porco*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

VERÓN, Eliseo. *A produção de sentidos*. São Paulo: Cultrix, 1980.

WOLF, Mauro. *Teorias da comunicação*. Lisboa: Presença, 1995.

Recebido em: 28.02.2012 / Aceito em: 04.06.2012





HumanizaSUS: uma experiência de humanização e gestão da comunicação em organizações hospitalares

HumanizaSUS: an experience of humanization and communication management in hospital organizations

HumanizaSUS: una experiencia de humanización y gestión de la comunicación en organizaciones hospitalarias

Daniel de Oliveira Figueiredo

- Mestre em Comunicação pelo programa de pós-graduação em Comunicação da Universidade Estadual de Londrina (UEL)
- Graduado em Relações Públicas pela UEL
- Professor do Curso de Relações Públicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL)
- Professor dos cursos de Relações Públicas e Jornalismo da UEL
- E-mail: daniel.of.uel@gmail.com

Estefânia Salmória Badia

- Aluna do Curso de Especialização em Gestão Contemporânea de Recursos Humanos na Universidade Estadual de Londrina (UEL)
- Graduada em Comunicação Social – Relações Públicas pela UEL
- Experiência profissional na área de Relações Públicas e Assessoria de Imprensa na prefeitura de Londrina (CMTU-LD)
- E-mail: esttefania@hotmail.com



Resumo

O presente artigo é um estudo sobre a humanização no ambiente interno de hospitais. Apresenta, em um primeiro momento, uma abordagem sobre a complexidade do ser humano, expondo a importância da valorização de sua subjetividade. Após esse enfoque, explora-se o conceito de humanização e as implicações que esta produz tanto na relação funcionário-paciente, quanto na relação funcionário-funcionário. Para tal, explora-se a relação intrínseca que há entre a humanização e a comunicação. A fim de embasar a relação apresentada, é utilizado como exemplo o HumanizaSUS, presente no sistema de saúde do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO • HUMANIZAÇÃO • SUBJETIVIDADE • ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Abstract

This article is a study on humanization in the hospital indoor. It presents, at first, a discussion of the complexity of the human being, exposing the importance of the appreciation of their subjectivity. Following this approach, it explores the concept of humanization and the implications that this produces both in the employee-patient relationship, and in employee-employee relationship. To this end, it explores the intrinsic relationship that exists between humanization and communication. In order to base the relationship shown is used as an example the HumanizaSUS, present in the Brazilian health system.

KEYWORDS: COMMUNICATION • HUMANIZATION • SUBJECTIVITY • HOSPITAL ORGANIZATION

Abstract

Este artículo es un estudio sobre la humanización del ambiente interno de hospitales. Presenta, en un primer momento, un abordaje sobre la complejidad del ser humano, exponiendo la importancia de la valorización de su subjetividad. Después de ese enfoque, se explora el concepto de humanización y las implicaciones que esto produce tanto en la relación empleado-paciente, cuanto en la relación empleado-empleado. Para ello, se explora la relación intrínseca que existe entre la humanización y la comunicación. Con el fin de fundamentar la relación presentada, se utiliza como ejemplo el HumanizaSUS, presente en el actual sistema de salud del Brasil.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN • HUMANIZACIÓN • SUBJETIVIDAD • ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA



É pungente, na sociedade contemporânea, a preocupação com as condições de vida e trabalho das pessoas, uma vez que são razão e obviedade da existência e organização da vida coletiva. A maneira como se organizou a realidade atual permite deflagrar as organizações como o local onde, prioritariamente nas dimensões sociais e econômicas, o ser humano encontrou no trabalho um espaço de desenvolvimento e partilha dos sentimentos de pertencimento e identificação.

A temática da humanização se tornou, nos parâmetros ambientais descritos, de fundamental relevância para o entendimento dos processos culturais e de relacionamento humano. A comunicação, dessa forma, recria seu significado e partilha a intenção de humanizar processos de interação, constituindo ambiente favorável ao desenvolvimento das condições básicas da vida, entre elas a saúde.

Não apenas preocupados com a saúde das pessoas, os processos de relacionamento internos de uma organização, potencializados pela dimensão interacional da comunicação, também permitem visualizar a estrutura organizacional macro como uma grande teia de relações que, quando estabelecidas, formam identidade e cultura. Assim, as organizações, formadas por pessoas e que têm o bem-estar destas como elemento constitutivo, pondo a saúde como um eixo central de suas atividades e de sua natureza, também se tornam escopo interessante de análise e apreciação.

Nesse contexto, o presente artigo apresenta uma discussão acerca das características do ser humano como ser sociável e de como as organizações contemporâneas são o espaço/ambiente no qual ele projeta suas características pessoais particulares, sofrendo influência de via contrária. Especificamente, se faz uma reflexão sobre as organizações hospitalares e o processo de humanização, em que a comunicação tem esforço privilegiado na emancipação da subjetividade humana.

O SER HUMANO

O ser humano é demasiado complexo para ser resumido a uma concepção simplista. Jean-François Chanlat (2009, p. 27-28) acredita que ele não pode ser entendido em uma visão fragmentada, como explica:

Numerosos são os que, ainda hoje, fecham o ser humano em esquemas redutores e que frequentemente têm a impressão simplória de ter captado a essência do ser humano. A realidade humana que encontramos na organização não poderá jamais ser reduzida a tais esquemas. Só uma concepção que procura apreender o ser humano na sua totalidade pode dele se aproximar sem, contudo, jamais o esgotar completamente.



O autor descreve as diferentes dimensões pertencentes ao ser humano. Primeiro, é preciso compreendê-lo como um ser ao mesmo tempo genérico e singular. Apesar das distintas disciplinas que o estudam, o ser humano é uno enquanto espécie e enquanto indivíduo. Segundo Chanlat, ele sempre existe em um ser concreto – por exemplo, como adulto, criança, pai, mulher etc. Cada um existe de uma forma singular, numa situação, o que lhe confere sua especificidade.

Seus diferentes elementos são interligados, assim como sua natureza e sua cultura o abarcam e o transformam. “Toda pessoa tem assim ao mesmo tempo o genérico e o específico. O estudo do fator humano nas organizações não pode, portanto, abstrair-se desta dupla dependência” (Chanlat, 2009, p. 28). Qualquer tentativa de reduzir o indivíduo a aspectos meramente sociológicos ou biológicos é uma tentativa de reduzir sua real dimensão e especificidade.

Em segundo lugar, Chanlat exemplifica o ser humano como um ser ativo e reflexivo. Uma das maiores características do indivíduo é pensar e agir. Os humanos aprendem, e esse aprendizado movimenta o pensamento consciente e a linguagem, o que estabelece sua singularidade enquanto espécie. Por meio dos seus atos, os indivíduos constroem sua própria realidade social, marcada por desejos e aspirações. De acordo com o autor, “o universo organizacional é um dos campos em que se pode observar ao mesmo tempo esta subjetividade em ação e esta atividade da reflexão que sustenta o mundo vivenciado da humanidade concreta” (Chanlat, 2009, p. 29).

Considerando que a realidade social pode ser concebida com a linguagem, então o ser humano também é um ser de palavra. Para o autor, a capacidade de expressar a realidade em palavras é o que leva o indivíduo a aderir ao mundo das significações.

A linguagem é um atributo indispensável para compreender o ser humano, e explorá-la no ambiente organizacional é possibilitar que se mostrem condutas e ações. Se a comunicação humana nas organizações for reduzida a uma mera transmissão de informações, o sentido e as significações são omitidos e esquece-se que toda palavra pronunciada ou escrita faz parte da esfera do agir, do fazer, do pensar e do sentimento (Grize, apud Chanlat, 2009).

Não há uma relação linear na construção dos sentidos; trata-se de um processo multirreferencial (Oliveira; Paula, C., 2008). Nessa construção, estão implicados elementos subjetivos e contextuais. De maneira ampla, discurso e linguagem são referenciados como o que participa da elaboração de enunciados nos processos comunicativos. O discurso, portanto, é o “que emerge da relação entre consciências e, sendo conformado pela linguagem, é expresso num dado contexto de interação” (Baldissera, 2008, p. 118).

Chanlat (2009) também afirma que o ser humano não pode ser reduzido a um simples receptor de estímulos, sendo, portanto, também um ser de desejo e de pulsão. É com os relacionamentos mantidos com outros indivíduos que os sujeitos veem seu anseio e sua existência legitimados ou



não. Essa relação é o que leva os humanos a se reconhecerem, sentirem sofrimento ou prazer, realizarem ou não seus desejos e suas pulsões.

Para o autor, é preciso olhar para o ser humano tanto interna quanto externamente para que os fenômenos organizacionais sejam percebidos. Desse modo, será possível compreender o sentido que os sujeitos dão às suas ações, aos seus gestos e aos seus sentimentos.

A SUBJETIVIDADE

Compreender o conceito de subjetividade é essencial para realizar uma análise de como ela é percebida no ambiente das organizações em geral, interferindo e recebendo interferências dos relacionamentos estabelecidos entre os funcionários e, por consequência, tornando esse ambiente mais humanizado. Existem pluralidade e heterogeneidade de linguagens, espaços e práticas nos ambientes organizacionais. A subjetividade é percebida na expressão de pensamentos, condutas, emoções e ações dos protagonistas (Davel; Vergara, 2001).

Por meio das emoções – expressão da subjetividade humana – as pessoas revelam suas ações, suas preferências e seus comportamentos. “Elas são a base do processo de relação com o outro. É com base nas emoções que os agentes constituem-se como sujeitos” (Davel, Vergara, 2001, p. 229). Desse modo, o ser humano estabelece comunicação ao demonstrar suas emoções e, por consequência, sua subjetividade, na qual está compreendida a individualidade da pessoa.

A atividade humana é ampla e composta por tudo que rodeia o indivíduo – cultura, objetos, ciência, valores, hábitos, costumes, lógica e linguagens (Marchiori, 2010). Estas, por sua vez, são formadas durante a vida da pessoa e estão em constante reformulação.

Nas organizações não há controle das percepções e análises do outro, visto que se trata de algo subjetivo, pessoal. Assim, por meio dos processos interativos, os ambientes internos são espaços de interferência dos sujeitos sociais que participam dos processos, tendo papel ativo no desenvolvimento destes (Oliveira; Paula, M.A., 2010).

Dirce Backes, Valéria Lunardi e Wilson Lunardi Filho (2006b, p. 222) complementam:

A ênfase na pessoa humana do trabalhador, como uma das mais importantes vantagens competitivas de qualquer instituição, requer dos gestores o estímulo às iniciativas, a proximidade nas relações e a flexibilidade para compreender o ser humano em suas inquietações e perspectivas de vida.



A SUBJETIVIDADE NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

O universo organizacional permite identificar a subjetividade do homem em ação, depositando ele aí seus desejos, suas aspirações e suas possibilidades de melhoria de vida. Dessa forma, percebe-se a importância do ambiente de trabalho para o reconhecimento do próprio indivíduo como ser humano. É nesse lugar que ele se socializa e lhe é possível ter uma identidade sociocultural, ou seja, todos os valores encontrados nas organizações e em seu universo social são transferidos a seus membros, usuários, clientes e fornecedores. Nesse sentido, pode-se afirmar que

a instituição hospitalar se constitui em um ambiente onde o ser humano trabalhador libera suas potencialidades e compartilha uma meta coletiva. Nesta [a instituição], as pessoas dão algo de si mesmas e esperam algo em troca. A maneira pela qual esse espaço é moldado e estruturado influencia significativamente a qualidade de vida e a satisfação dos trabalhadores. Influencia o próprio comportamento e os objetivos pessoais de cada profissional, e esse modo de ser do profissional pode afetar diretamente o modo de prestar assistência ao paciente (Backes; Lunardi; Lunardi Filho, 2006b, p. 225).

O indivíduo é por definição um “ser biopsicossocial, tríplice origem que lhe confere uma complexidade singular” (Morin e Ruffié, apud Chanlat, 2009, p. 35). Não se pode entender o sujeito ignorando esses três aspectos. “O biológico, o psíquico e o social contribuem, cada um a seu modo, para a edificação da ordem individual, a colocar o indivíduo enquanto indivíduo e ator de sua própria história e fixar igualmente os limites” (Chanlat, 2009, p. 35).

Quando o sujeito interage, não importa de que forma, ele está se comunicando, pois, para Gregory Bateson (apud Chanlat, 2009, p. 37), “todo comportamento é comunicação”. Dessa forma, ao interagir, a pessoa expõe o que pensa, faz, gosta e deseja, ou seja, ao comunicar o que lhe vem à cabeça, o indivíduo, para Chanlat (2009), se coloca cada vez mais como pessoa, sendo ao mesmo tempo locutor, ouvinte e interlocutor.

Atualmente, é possível verificar que a eficácia da organização e sua rentabilidade são preocupações primordiais no mundo corporativo. O ser humano já não é compreendido por seus desejos e gostos, mas, segundo Chanlat (2009), ele é reduzido ao estado de engrenagem ou recurso para que a organização atinja a eficácia, entre outros objetivos.

Percebe-se, entretanto, que a obsessão pelo desempenho e pela produtividade deixa o lado humano do trabalhador em segundo plano na visão das organizações. Estas, de acordo com Chanlat (2009), mostram, uma sociedade que chegou ao individualismo em sua última instância, na qual predomina um pensamento de curto prazo e que não prioriza a transformação do trabalho em um meio de vida por estar preocupada com a acumulação da riqueza. Para Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006a, p. 134), a mudança desse contexto requer



a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que considerem os seres humanos e seus direitos. Isso significa valorizar a humanidade no trabalhador, favorecendo o desenvolvimento de sua sensibilidade e competência, com mudanças nas práticas profissionais, de modo a reconhecer a singularidade dos pacientes, encontrando, junto a eles, estratégias que facilitem a compreensão e o enfrentamento do momento vivido.

Chanlat (2009) sugere que é preciso reintroduzir as pessoas no lugar que lhes pertence no universo do trabalho. É necessário rever o ponto de vista do sujeito, seus desejos e a contribuição essencial do trabalho para a construção equilibrada do seu ser, visando, no limite, à sua emancipação como sujeito. Nesse sentido, percebe-se que

os profissionais de várias áreas dos serviços hospitalares, além de competentes e continuamente atualizados nas suas respectivas áreas de conhecimento, também necessitam demonstrar, por meio de atitudes, que estão comprometidos em prestar uma assistência humanizada e hospitaleira aos clientes. Em contrapartida, a instituição de saúde tem a responsabilidade de demonstrar aos seus colaboradores que são valorizados e que é somente por meio da assistência prestada a partir de cada um deles que consegue alcançar, com sucesso, o seu objetivo (Dias, 2006, p.4).

Fica claro, desse modo, que a valorização da subjetividade do funcionário é essencial para que haja na organização hospitalar a valorização da subjetividade de todas as pessoas que a permeiam. Quando os funcionários estão satisfeitos com o ambiente em que atuam e com o trabalho que realizam, a humanização ocorre com naturalidade.

ABORDAGEM CONCEITUAL DE HUMANIZAÇÃO

O conceito semântico de humanização é: ato de humanizar. Humanizar, por sua vez, pode ser compreendido como: tornar humano, dar condição de homem, civilizar (Tetzlaff, 2011). Segundo o Dicionário Aurélio, humanizar é: elevar à altura do homem; tornar mais humano, mais sociável. Já para Jaime Betts (2003), o ato de humanizar se dá quando o sujeito faz o reconhecimento do outro por meio da linguagem.

Tratando-se de organizações, o termo pode assumir significados distintos, dependendo de sua aplicação. A humanização em relação ao ambiente externo diz respeito aos projetos socialmente responsáveis; já a humanização do ambiente interno se relaciona com a emancipação dos funcionários como seres humanos inseridos no meio organizacional.



Para Sylvia C. Vergara e Paulo C. Branco (2001, p. 22) uma empresa humanizada é

aquela que, voltada para seus funcionários e/ou para o ambiente, agrega outros valores que não somente a maximização do retorno para os acionistas. Realiza ações que, no âmbito interno, promovem a melhoria da qualidade de vida e de trabalho, visam à construção de relações mais democráticas e justas, mitigam as desigualdades e diferenças de raça, sexo ou credo, além de contribuírem para o desenvolvimento das pessoas sob os aspectos físico, emocional, intelectual e espiritual.

Gregória Baremlitt (2006) considera que a humanização pode ser entendida por: necessidades básicas de qualquer indivíduo, como alimentação, moradia, vestuário, educação, segurança, justiça, trabalho, acesso à liberdade de associação, de pensamento e de expressão, de ir e vir, de prática política, científica, arte, esporte, tempo livre, culto religioso e o cuidado da saúde. Ou seja, o conjunto de variadas características que faz o indivíduo ser visto como um ser humano, compreendido não como aquele que é pago para fazer o trabalho ou para pensar e agir conforme determinado pela organização, mas, sobretudo, um sujeito dotado de personalidade e subjetividade, capaz de entender sua posição como funcionário e assim desenvolver sua auto-crítica.

Nessa perspectiva e sob o aspecto de emancipação, percebe-se que “humanizar significa respeitar o trabalhador enquanto pessoa, enquanto ser humano. Significa valorizá-lo em razão da dignidade que lhe é intrínseca” (Costa, 2004, p. 17).

HUMANIZAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Para que a humanização ocorra, não é necessário o indivíduo ter conhecimento técnico somente, mas esta relaciona-se à maneira com o qual esse conhecimento é utilizado. No caso das organizações hospitalares, está vinculada à forma com que os pacientes são tratados e à qualidade do ambiente de trabalho. Backer, Lunardi e Lunardi Filho (2006b, p. 222) explicam que, um hospital humanizado com atendimento de qualidade “é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha”.

Assim, devem ser valorizados todos os indivíduos que compõem esse cenário, havendo uma dimensão humana nas relações profissionais. É imprescindível que os funcionários que trabalham nessa organização sejam, portanto, tratados de forma humana. Backer, Lunardi e Lunardi Filho (2006b, p. 222) expõem:

Tendo como pressuposto que a humanização da assistência emergirá com a realização pessoal e profissional dos que a fazem, desenvolver um processo de humanização, inicialmente com



ênfase no trabalhador, demanda, principalmente, por parte dos dirigentes, acolhimento, escuta e uma atitude de sensibilidade, para compreender a realidade que se apresenta na perspectiva do próprio trabalhador, seja ela favorável ou não. É preciso, assim, estimular o trabalhador a participar ativamente do processo de construção de uma proposta de humanização, ou seja, é preciso auxiliá-lo a tomar consciência da realidade, do seu estado existencial e de sua própria capacidade para transformá-la. Em outras palavras, não podemos limitar o entendimento de um atendimento humanizado como uma prática imposta, que deveria se dar de maneira vertical e fragmentada. Diferentemente, um processo de humanização do ambiente institucional pressupõe um processo participativo e dinâmico, não excludente, baseado em relações horizontais e dialógicas. O profissional da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade de uma maneira mais crítica e consciente. Problematizar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação.

Percebe-se que, à medida que o profissional é valorizado, reconhece a importância de sua subjetividade, de sua individualidade, transfere esse conhecimento ao cuidar dos seus pacientes, valorizando-os, constituindo um processo de humanização (Backes; Lunardi; Lunardi Filho, 2006b). A humanização é, assim, uma nova visão de atendimento que envolve a todos da organização hospitalar. A cultura dessa organização precisa, então, dar espaço às manifestações dos pensamentos dos funcionários, buscar a participação dos envolvidos no sentido de estimular a construção de estratégias humanas e a horizontalidade nas relações. Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006b, p. 222) afirmam também que

produzir conhecimentos acerca da humanização nas instituições de saúde pressupõe, nesse contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo, participativo e sistemático, a fim de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu papel de sujeitos da produção. (...) São os profissionais, através do seu trabalho e das relações que estabelecem, que determinam e retratam se o atendimento ao usuário é ou não é humanizado. Todo processo de humanização, para ser efetivo e transformador, necessita estreitar os laços de comunicação, na tentativa de desvendar e respeitar a leitura de mundo dos trabalhadores, favorecendo a compreensão contínua da realidade.

Há a necessidade de uma comunicação efetiva, que permeie funcionários e pacientes, em prol de uma saúde digna para todos, em que exista a valorização dos envolvidos como seres humanos dotados de subjetividade e capacidade crítica. A respeito da humanização no atendimento hospitalar, Dias (2006, p. 3) completa:



A humanização do atendimento hospitalar requer mudança de valores, comportamento, conceitos e práticas, exigindo do atendente um reposicionamento no que se refere ao atendimento aos usuários. (...) O cliente hospitalado é um ser único, que está num momento de vulnerabilidade, pois o seu bem maior – a vida – pode estar ameaçado. Esse cliente requer uma assistência única e humanizada, além de competente no aspecto técnico-científico (Dias, 2006, p. 3).

COMUNICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO

A comunicação nos ambientes internos organizacionais não é somente informacional. O público interno é ativo nesse processo comunicativo, sendo visualizado como ator, pois “todo sujeito é ao mesmo tempo produtor e receptor de discursos e a própria interação implica uma relação de substituição entre instâncias” (Oliveira; Paula, C. C., 2008, p. 97).

Por serem compostas por várias pessoas e cada indivíduo ter anseios e expectativas distintas, as organizações são vistas como organismos vivos, dotadas de complexidade (Marchiori, 2009). A comunicação, além de ser atividade central, assume dimensão formativa, constitutiva da realidade, estando vinculada à humanização desses ambientes organizacionais.

Dessa maneira, pode-se afirmar que “a comunicação é o processo por meio do qual um ambiente comum é criado e a partir de onde os interlocutores produzem sentido” (Baldissera, 2008, p. 114). Nas organizações, há múltiplas interações entre os protagonistas, conforme os contextos apresentados. Nessas relações a organização é definida, por meio de seus atores sociais.

Segundo o paradigma relacional, a dimensão simbólica da comunicação está materializada nos discursos dos interlocutores – enunciados e marcas de enunciação –, que, como vestígios da comunicação, trazem impressas marcas do contexto em que a interação se dá, características dos interlocutores e da própria relação. Discursos e linguagem são entendidos, aqui, de maneira ampliada, como tudo que possa participar da construção de enunciados nos processos comunicativos. O discurso é, assim, entendido como o que emerge da relação entre consciências e, sendo conformado pela linguagem, é expresso num dado contexto de interação (Baldissera, 2008, p. 118).

Nas organizações contemporâneas, desenvolvem-se não somente as capacidades profissionais dos indivíduos, mas também as pessoais, pois eles se relacionam a todo o momento. Marchiori (2010, p. 143) afirma que “o lugar da comunicação nas empresas humanizadas é o lugar da fala, da interação e do conhecimento”, levando as pessoas ao desenvolvimento humano. A autora compreende que, assim como a comunicação é algo natural na organização, a humanização também o é. Richard Hall (2004) acredita que a comunicação se torna mais importante à medida que uma organização é orientada para as pessoas e para as ideias. O processo da comunicação também é entendido como relacional, sendo que a imagem que o receptor tem do comunicador é essencial para a interpretação da comunicação. Inesita S. Araújo (2007, p. 119) ressalta:



A comunicação, dentro desse raciocínio, é aquela que, ao invés de dar importância apenas às falas tradicionalmente autorizadas, como as das instituições e dos serviços/equipes de saúde, reconhece a existência da polifonia social, da possibilidade de acolher e ampliar as muitas vozes com os muitos sentidos possíveis. É também uma comunicação que entende que os saberes da saúde não se produzem apenas a partir do saber técnico-científico e por uma dimensão apenas cognitiva, e sim por meio da articulação de práticas, saberes, memórias, expectativas, emoções, lugares de fala etc., constituídos pelas vozes que emanam das instituições e da população.

De acordo com Linda Putnam, Nelson Phillips e Pamela Chapman (2009, p. 78) “as organizações não são simples contêineres ou recipientes nos quais as atividades de comunicação ocorrem; antes, a comunicação e a organização podem produzir-se uma à outra”.

Para que ocorra a humanização, é necessário que haja troca de experiências e conhecimentos, e isso só é possível por meio da comunicação. Tetzlaff (2010, p. 2) expõe:

Abordar a humanização é analisar a própria evolução humana, enfatizar a ética e o relacionamento interpessoal; não se descartou o tema, [ele] apenas possibilitou mais espaços para avanços de outras áreas e/ou assuntos de interesses para o desenvolvimento técnico científico, protelando as questões de relacionamentos humanos. Possibilitar a intersecção entre a ética, o respeito, dignidade, individualismo entre indivíduos promove a humanização. Portanto, vale ressaltar que mesmo a sociedade valorizando o poder capitalista para sua sobrevivência, seja em qualquer campo dos negócios públicos ou privados, a questão sempre voltará para a qualidade da coletividade, tendo o ser humano como foco principal e riqueza de uma sociedade.

Assim, um conceito importante para o melhor entendimento do objetivo deste artigo é o de “relacionamento”. Fábio França (2009), no capítulo intitulado “Gestão de relacionamentos corporativos”, afirma que, comumente, ele está ligado à capacidade de convivência, de estabelecer vínculos oficiais, com objetivos definidos, permanentemente ou não. Já a palavra latina corpus – corpo, ajuntamento, corporação – é o termo referencial para corporativo. Os relacionamentos corporativos, portanto, estão vinculados à organização como corpo, sistema orgânico de partes que interagem, movidas por objetivos e interesses.

Para configurar os relacionamentos corporativos é necessário lembrar que eles provêm das e se ligam diretamente a diretrizes organizacionais, tais como visão, missão, objetivos, valores, cultura e estratégias de curto, médio e longo prazo. A gestão dos relacionamentos da organização com seus públicos tem como objetivo específico fazer com que ela obtenha sucesso na execução de suas diretrizes (França, 2009, p. 222).



Assim, percebe-se que “o grau de relacionamento corporativo determina o grau de comprometimento da empresa com seus públicos e vice-versa” (França, 2009, p. 224). Nesse sentido, faz-se necessário que o relacionamento com o público interno leve em conta a subjetividade e os anseios das pessoas envolvidas, ou continuarão a, unicamente, reproduzir, por meio de um discurso com o objetivo falacioso de inclusão, os interesses da organização, desconsiderando o potencial de emancipação dos sujeitos envolvidos.

O PROJETO HUMANIZASUS

No Brasil, existe desde 2003 uma política de humanização na saúde pública, o HumanizaSUS. Esse projeto se consiste na valorização da gestão da comunicação enquanto uma dimensão de contínua valorização das condições humanas e emancipatórias dos indivíduos envolvidos nos processos do sistema de saúde público brasileiro. Ao compreender que a comunicação e o estabelecimento de relacionamentos saudáveis são fatores relevantes no escopo humanizador de organizações, as unidades do SUS têm, com esse programa, um aliado na melhoria das relações de trabalho e, conseqüentemente, um desenvolvimento amplo do atendimento de saúde no país.

Em sua própria definição, o projeto afirma que ele “estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto” (Brasil, 2011). Essas situações muitas vezes “produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si” (Brasil, 2011).

Algumas inovações utilizadas são: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários, trabalhadores e gestores; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

Entre seus princípios, percebe-se a utilização da comunicação para que as relações de trabalho sejam menos hierarquizadas e para que haja troca de conhecimento, diminuindo o isolamento. Todas as pessoas têm sua responsabilidade como cidadãos e assumem seus papéis. É um método de inclusão de trabalhadores, usuários e gestores. A humanização ocorre na participação e no envolvimento, para que todos sejam agentes ativos nesse contexto. Dessa forma, processos de trabalho são reinventados e há a cogestão e corresponsabilidade no que diz respeito à saúde. Assim, percebe-se que a comunicação é elemento-chave nesse processo.

De maneira especial, o projeto apresenta alguns valores-chave para que tenha êxito em todo o território nacional: a transversalidade e o protagonismo. Tais dimensões têm como papel central a diluição de processos identitários nas relações de trabalho muito hierarquizadas e promovem a real emancipação do sujeito, uma vez que se trata de ações que o valorizam como cidadão e funcionário. Interessante ainda ressaltar que todo esse plano de humanização e valorização



acontece em ambiente interno, o que reforça a construção de uma identidade organizacional e projeta a imagem do Sistema Único de Saúde do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível o estudo a respeito do ser humano ao abordarmos a humanização, pois, além de locutor e interlocutor, o indivíduo é agente central nesse processo. Assim, a humanização do ambiente hospitalar deve ser pautada no trabalhador, pois, afinal, como exigir um atendimento humanizado aos pacientes se os próprios funcionários carecem dessa compreensão?

O ser humano é multifacetado, não devendo ser referenciado só de maneira genérica. Muitas vezes, o tratamento que recebe, mesmo como funcionário de organizações hospitalares, o reduz a uma dimensão simplista, na qual a sua subjetividade não é levada em consideração. Nesse caso, o seu lado humano fica em segundo plano, já que ele não é visto como um sujeito complexo, mas sim como peça para a geração de resultados e lucros na organização em que trabalha. Esse processo de acomodação e sujeição do indivíduo, que a priori já se configura como uma agressão à sua saúde mental, potencializa um ambiente de trabalho pouco humanizado e carente de subjetividades expostas.

A comunicação é a forma que o ser humano encontra como ferramenta para se colocar como pessoa/indivíduo, dotado de subjetividade, no local em que atua, à medida que é ouvinte, emissor e mediador. Com ela os sentidos são criados e recriados, já que ela não é algo constante, mas sim, mutável. É dessa maneira que, com sua dimensão formadora da realidade, a comunicação se vincula à humanização dos ambientes organizacionais, tornando-a possível e estabelecendo processos educativos e emancipatórios. Percebe-se, então, que a comunicação defendida neste artigo, principalmente uma comunicação de perspectiva relacional, vai além dos discursos organizacionais, pois se refere à possibilidade de o trabalhador expressar-se, emancipando-se como sujeito autônomo.

Fica claro que o conhecimento teórico-prático é importante, mas não é suficiente. Portanto, instigar essa visão crítica no trabalhador e auxiliá-lo a atuar de forma a proporcionar um ambiente saudável de trabalho faz-se indispensável para que ocorra a humanização. Afinal, à medida que os funcionários da organização hospitalar são valorizados, com sua individualidade e sua subjetividade, essa mesma valorização é transferida no cuidado e na abordagem com os pacientes, constituindo um real ciclo de humanização.

O projeto HumanizaSUS, nesse contexto conflituoso, deflagra um movimento incipiente de humanização dos ambientes de trabalho, com específica incidência nos hospitais e nas organizações do sistema de saúde público brasileiro, com a intenção de humanizar a estrutura de atendimento à demanda de saúde coletiva, por meio dos relacionamentos, e proporcionar a esses ambientes, marcados pela falta de estrutura e condições dignas de atendimento e trabalho, uma conjuntura emancipatória e educativa.



REFERÊNCIAS

ARAUJO, Inesita Soares. Comunicação esSaúde: de comunicação todo mundo entende. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros. *Educação e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP), v. 14, n. 1, p. 132-135, jan.-fev 2006a.

_____. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006b.

BALDISSERA, Rudimar. Comunicação organizacional: a democrática opção pelo dialogismo e pela recursividade. In: MOREIRA, Elizabeth Huber; PONS, Mônica (Org.). *Perspectivas em relações públicas*. Santa Cruz do Sul (RS): Edunisc, 2008.

BAREMBLITT, Gregório. Que se entende por humanidade e humanização? Portal Humaniza, 2006. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=46>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

BETTS, Jaime. Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar. Portal Humaniza, 2003. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 15 fev. 2011.

CHANLAT, Jean-François. *O indivíduo na organização*: dimensões esquecidas. Vol. 1. São Paulo: Atlas, 2009.

COSTA, Welington Soares da. Humanização, relacionamento interpessoal e ética. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 17-21, jan.-mar. 2004.

DAVEL, Eduardo; VERGARA, Sylvia Constant (Org.). *Gestão com pessoas e subjetividade*. São Paulo: Atlas, 2001.

DIAS, Maria A. de Andrade. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 340-343, abr.-jun., 2006.

FRANÇA, Fábio. Gestão de relacionamentos corporativos. In: GRUNIG, James E.; FERRARI, Maria Aparecida; FRANÇA, Fábio.. *Relações públicas: teoria, contexto e relacionamentos*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2009.

HALL, Richard. *Organização: estruturas, processos e resultados*. 8. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

MARCHIORI, Marlene. O grande ator nas organizações: o ser humano. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://aberje.com.br/acervo_colunas_ver.asp?ID_COLUNA=69&ID_COLUNISTA=43>. Acesso em: 17 abr. 2011.



_____. Comunicação como expressão da humanização nas organizações da contemporaneidade. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *A comunicação como fator de humanização das organizações*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2010, p. 139-148.

OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; PAULA, Carine F. Caetano. Comunicação no contexto das organizações: produtora ou ordenadora de sentidos? In: OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; SOARES, Ana Thereza Nogueira (Org.). *Interfaces e tendências da comunicação no contexto das organizações*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2008.

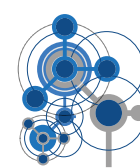
OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; PAULA, Maria Aparecida de. Interações no ambiente interno das organizações: implicações da complexibilidade. In: MARCHIORI, Marlene (Org.). *Comunicação e organização: reflexões, processos e práticas*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2010.

PUTNAM, Linda L.; PHILLIPS, Nelson; CHAPMAN, Pamela. Metáforas da comunicação e da organização. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R. *Handbook de estudos organizacionais*. Vol 3. São Paulo: Atlas, 2009.

TETZLAFF, Alessandra Andrea da Silva. O que é humanização? Curitiba, Hi Technologies, 2011. Disponível em: <<http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-humanizacao/>>. Acesso em: 15 maio 2011.

VERGARA, Sylvia Constant; BRANCO, Paulo Durval. Empresa humanizada: a organização necessária e possível. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, FGV, v. 41, n. 2, p. 20-30, abr.-jun. 2001.

Recebido em: 04.03.2012 / Aceito em: 04.06.2012





A relação entre hospital e usuários na ótica da comunicação

The relationship between hospitals and users under the optics of communication

La relación entre hospital y usuarios en la óptica de la comunicación

Marisa Romangnolli

- Mestre em Comunicação pela Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação da Universidade Estadual Paulista (Faac-Unesp/Bauru)
- Especialista em Comunicação nas Organizações pela Universidade do Sagrado Coração (USC)
- Analista de comunicação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP)
- Chefe técnica do Serviço de Comunicação do HRAC-USP
- E-mail: marisaro@centrinho.usp.br

Maria Teresa Miceli Kerbauy

- Doutora e mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)
- Pós-doutora em Ciência Política pelo Instituto de Iberoamérica (Espanha).
- Graduada em Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara
- Docente da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista (Unesp), em Araraquara
- Docente convidada do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação da Unesp, em Bauru
- E-mail: kerbauy@travelnet.com.br



Resumo

O artigo avalia a influência da cultura e de elementos dos vínculos organizacionais na percepção do processo comunicativo entre um hospital universitário público e seus usuários, bem como as estratégias utilizadas para superar dificuldades nesse diálogo. Foi possível ainda avaliar como o diálogo é percebido num cenário marcado por vínculos organizacionais como identificação, sentimento de pertença, idealização da organização e solidariedade.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL • CULTURA ORGANIZACIONAL • VÍNCULOS ORGANIZACIONAIS • COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Abstract

This article evaluates the influence of culture and elements from organizational bonds in the perception of communicative process between a public teaching hospital and its users, and the strategies used to overcome difficulties in this dialogue. It was possible to evaluate how the dialogue is perceived in a scenario marked by organizational bonds such as identification, belonging feeling, idealization of the organization and solidarity.

KEYWORDS: ORGANIZATIONAL COMMUNICATION • ORGANIZATIONAL CULTURE • ORGANIZATIONAL BOND • COMMUNICATION IN HEALTHCARE

Resumen

El artículo evalúa la influencia de la cultura y de los elementos de los vínculos organizacionales en la percepción del proceso de comunicación entre un hospital universitario público y sus usuarios, así como las estrategias utilizadas para superar las dificultades en este diálogo. También fue posible evaluar cómo el diálogo se percibe en un escenario marcado por vínculos organizacionales como la identificación, el sentimiento de pertenencia, la idealización de la organización y la solidaridad.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL • CULTURA ORGANIZACIONAL • VÍNCULOS ORGANIZACIONALES • COMUNICACIÓN EN SALUD



Este trabalho procurou avaliar uma das situações mais comuns na vida de qualquer cidadão: o diálogo que se estabelece com profissionais de saúde quando esse cidadão, acometido por um desequilíbrio em seu estado físico e emocional, procura um serviço público de saúde em busca de atendimento e alívio para seus males e angústias.

Tal momento é descrito por autores consultados como um relacionamento unilateral, pautado pelo discurso do profissional de saúde, que determina condutas de tratamento com base em seu repertório técnico e sua visão do estado de saúde do paciente. Por sua vez, o paciente acaba aceitando essas condutas, frequentemente sem questionar, devido à diferença de repertório técnico e sua fragilidade física e emocional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças” (Hansen, 2004, p. 7). Esse estado é indispensável para que o indivíduo possa interagir com os grupos sociais nos quais se insere como membro de uma família e trabalhador e, onde busca satisfazer suas necessidades físicas e espirituais, anseio maior de cada um.

No contexto da organização por nós estudada, destaca-se a faceta da saúde denominada processo de reabilitação. Esta, conforme definição do Ministério da Saúde (apud Graciano; Tavano; Bachega, 2007, p. 323), é definida como “um conjunto de ações de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manifestação de sua saúde e bem-estar, bem como de sua família e comunidade”. Num processo de reabilitação, é determinante que o cidadão participe efetivamente e compreenda todos os aspectos do processo, o que influencia tanto os resultados quanto a construção de sua autoimagem como cidadão.

Este estudo foi realizado pelo viés da comunicação, entendida por Francisco Arsego de Oliveira (2002, p. 66) como um processo que se inicia na busca, pelo cidadão, de recursos na área da saúde e que produz significados a partir do confronto de diferentes universos simbólicos e culturais, o do paciente e o do profissional de saúde. Nesse diálogo que se estabelece estão presentes variáveis como a percepção dos sintomas pelo paciente, o repertório linguageiro utilizado no relato dos sintomas ao profissional de saúde, o comportamento adotado por este no atendimento, a interpretação do profissional das manifestações do paciente e a posterior resposta à exposição do paciente.

Isso traz para o cerne da pesquisa a relação médico-paciente, marcada pela comunicação interpessoal, pelo diálogo direto. O foco deste estudo são as práticas comunicativas que marcam a vida social, como o relacionamento interpessoal com vizinhos e pessoas próximas, o rumor e as encenações urbanas. Tais tendências são pontuadas, principalmente, pelas relações e pelas formas comunicativas interpessoais, como as estratégias de um político para se eleger, a política interna de comunicação de uma empresa, a comunicação entre médico e paciente, entre outras.



Para investigar como esses preceitos teóricos se aplicam na prática, estudou-se a prática do diálogo entre os trabalhadores em saúde¹ e os usuários de um hospital universitário público, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), localizado na cidade de Bauru (SP) e conhecido tanto por usuários quanto pela sociedade em geral como Centrinho USP. Em tal análise, foram considerados fatores que influenciam esse diálogo como a cultura organizacional, a visão de ambos os atores sociais sobre o processo e as estratégias adotadas no desenvolvimento do diálogo.

A organização eleita como campo de estudo possui características especiais que permitem avaliar esse momento, normalmente rápido, de forma mais profunda. Por se tratar de um hospital especializado em patologias que exigem anos de tratamento contínuo², as percepções dos usuários são consolidadas por mais de um contato, sendo que os trabalhadores em saúde desenvolvem mecanismos em busca de adequações nesse relacionamento, uma vez que há reflexo direto dessa relação no resultado de seu trabalho: a reabilitação dos pacientes.

COMUNICAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR

Há que se reconhecer a importância social dos serviços de saúde, cujos maiores baluartes são os hospitais. Bryan Turner (apud Carapinheiro 1993, p. 45) afirma que o hospital “não é só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas simboliza também o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados”.

Nesse ambiente e considerando a relação médico-paciente, o principal vetor da situação, ambos os atores sociais se valem de estratégias que se adequam aos propósitos de cada um deles. Dentro de um ambiente hospitalar, a vida cotidiana dos pacientes é marcada pelo comportamento médico, que reforça a ideologia do conformismo e da colaboração, resultando na renúncia do paciente à responsabilidade sobre seu próprio corpo, entregue aos saberes médicos. Assim, o processo comunicativo que se desenvolve entre ambos se pauta pela unilateralidade técnica e pela ausência de diálogo efetivo.

¹ No estudo, foram considerados trabalhadores em saúde todos os funcionários que atendem diretamente o usuário e não somente profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos etc.

² O HRAC-USP é um hospital especializado em tratamento e reabilitação das anomalias craniofaciais, em especial as fissuras labiopalatina, e deficiências auditivas. O tratamento das fissuras labiopalatinas é longo, demandando dezoito a vinte anos de contatos periódicos, não inferiores a duas ou três vezes ao ano. A deficiência auditiva é considerada patologia crônica, não havendo alta hospitalar por cura. Desenvolve-se assim um relacionamento duradouro entre a organização e os usuários.



Os doentes aprendem a conhecer o “lugar do doente” no sistema de tratamento médico e, exatamente pelo reconhecimento do seu lugar nos cenários de atuação médica, desenvolvem, através de formas oficiais e clandestinas, múltiplos recursos estratégicos com o pessoal médico e não-médico, na obtenção das informações sobre o diagnóstico, o tratamento e prognóstico de sua doença (Carapinheiro, 1993, p. 209).

A tal quadro soma-se o cenário atual de uma sociedade na qual impera a lógica de mercado, que afeta também os médicos. Esses profissionais enfrentam dificuldades no desempenho de suas funções devido às pressões de produtividade e crescente demanda, o que reflete no relacionamento com os pacientes. Hansen (2004, p. 58-62) descreve essa relação como “hermética (um monólogo quase que repetitivo), em que o tom do encontro sempre é determinado pelo profissional e o usuário quase sempre permanece calado, embora expressando tudo, pela postura emudecida que o sistema lhe impõe”. Tal fato acaba por conferir ineficácia ao processo comunicativo nos atendimentos em saúde.

Assim, há dois aspectos a serem considerados na relação hospital-usuários: por um lado, os profissionais de saúde, com seu repertório técnico sobre o contexto da saúde, premidos por circunstâncias de produtividade no atendimento, não estabelecem um real diálogo com seu paciente; por outro lado, os cidadãos comuns, usuários dos serviços públicos de saúde, sujeitos à dominação social representada pela diferença de repertório técnico, acentuada pela fragilidade física e emocional presente no momento em que procura tais serviços, não se consideram informados o suficiente sobre seu estado de saúde e os tratamentos oferecidos. Sela-se, assim, uma situação de relacionamento unilateral na qual o profissional de saúde determina condutas de tratamento, e o paciente simplesmente as aceita, acreditando ser o melhor para si.

No atendimento em saúde, a confiança é fator vital no processo terapêutico. Estudo realizado por Morgana Masetti (2003) cita que a qualidade da relação médico-paciente determina o surgimento de doenças decorrentes não de sintomas biológicos pré-existentes, mas do tratamento recebido: “Inúmeros fatos demonstram que formas de intermediação na relação médico-paciente podem atuar sobre o corpo, seja provocando um sintoma ou ajudando no processo de cura” (Masetti, 2003, p. 29).

Essa situação de confiança irremediável está diretamente relacionada ao processo comunicativo unilateral do cotidiano hospitalar, no qual cirurgias são levadas a cabo sem que o paciente saiba quem é seu médico. Procedimentos são realizados sem que o paciente seja informado, em detalhes, sobre sua finalidade e implicações. E medicações são ministradas sem uma explicação prévia sobre o que está se tomando e quais seus efeitos no organismo. Esse espaço de confiança, mesmo que implícito e não negociado, torna a qualidade do contato com o paciente tão vital como qualquer procedimento médico.



Maria Helena Weber (1995, p. 152) afirma que nas organizações de saúde se faz necessário um cuidado maior no planejamento de comunicação, pois elas trabalham com questões cruciais ao homem, como qualidade de vida, com a doença e até mesmo com o conceito de morte. Maria Rosana F. Nassar (2006, p. 2) afirma que a comunicação é uma estratégia das mais importantes na construção do relacionamento com os pacientes. Citando José Manuel Teixeira, a autora afirma que:

O hospital moderno é uma organização completa. Ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, das aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos. (...) O hospital emprega grande número de profissionais especializados, oferecendo serviços com alto grau de especialização. Existe no hospital uma grande divisão de trabalho exigindo habilidades técnicas diversificadas. (...) O hospital moderno exibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa. Desempenha ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, onde, além de se aplicar os conhecimentos existentes para a cura dos enfermos, se transmite a experiência passada a novos elementos e se olha o futuro através da experimentação ativa ou da observação passiva, contribuindo para o progresso das ciências médicas (Teixeira, apud Nassar, 2006, p. 2).

Discorre a mesma autora sobre as especificidades de comunicação em um ambiente hospitalar, ressaltando a necessidade de que ações integradas de comunicação sejam determinadas pela organização, de forma que as informações cheguem ao público-alvo de modo claro, objetivo e específico. Conclui sua argumentação afirmando: “Assim, não se trata apenas de criar espaços para que as informações circulem, mas que sejam recepcionadas eficientemente pelos distintos públicos (...), com utilização de instrumentos e linguagens apropriadas” (Nassar, 2006, p. 3).

O relacionamento entre pacientes e médicos se pauta pela diferença entre modelos explanatórios ou discursivos. Segundo Arthur Kleinman (apud Oliveira, 2002, p. 66), “a experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como percebemos e como buscamos superá-la”.

Quando, então, esses diferentes modelos se encontram no momento da consulta ou do contato com o serviço de saúde, a saída possível para que o processo clínico tenha sucesso é uma “negociação entre as partes”, nem sempre totalmente consciente, cada uma usando os seus argumentos para que se chegue a um consenso possível para aquele momento. (...) E, para que o sucesso desejado seja atingido, além de os modelos explanatórios tornarem-se ao menos parcialmente manifestos, também deve haver uma postura receptiva à negociação, de parte a parte (Oliveira, 2002, p. 67).

As relações entre os cidadãos e os serviços de saúde são complexas, envolvendo aspectos culturais de ambas as partes: o conhecimento técnico, “medicalizado”, dos serviços de saúde e as



variantes socioculturais dos pacientes. No confronto de ambas, na negociação das partes para que haja efetiva troca de informações e daí o processo de cura e resgate da saúde por parte do cidadão, é que se concentra um dos aspectos fundamentais do processo comunicativo em ambientes de saúde, em especial o hospitalar.

Para que a relação profissional de saúde-paciente se torne satisfatória, é necessário que os profissionais se disponham a uma comunicação eficiente, a qual propicie maiores e melhores informações sobre o estado de saúde do paciente, escutando-o adequadamente e, assim, estimulando a participação do paciente em seu tratamento, fomentando um relacionamento ideal. Essa tem sido a tônica das ações de humanização em hospitais.

No contexto hospitalar, o termo “humanização” é associado a ações cuja essência é a qualidade das relações entre os profissionais de saúde e pacientes. Essa qualidade compreende o diálogo e o envolvimento entre ambos os atores sociais, suplantando a mera consulta técnica. O hospital não possui identidade própria, materializando-se por meio dos indivíduos que fazem parte de seu todo. Portanto, a humanização de um hospital depende da mentalidade, dos valores e da formação de seus profissionais, bem como da disposição destes quanto a mudanças no sistema já estabelecido.

Se os profissionais são estimulados a perceber que, do outro lado de seu balcão ou de sua mesa está um indivíduo com carências físicas que interferem em seu estado de saúde e carências emocionais por sensações que não fazem parte de seu repertório cotidiano, o paciente, por sua vez, vê cada vez mais facilitado o acesso a fontes diversas de informação. Isso determina uma mudança em seu comportamento, pois ele se torna capaz de apreender um mínimo de informações que lhe permitem questionar quem o atende.

No contexto estudado, foram considerados ainda tópicos como cultura e vínculo organizacional. A cultura organizacional é um dos componentes que determina a identidade e as ações de uma organização. Essencial para a estruturação das organizações, trata-se do conjunto de características que diferenciam uma organização de outra e que legitimam os valores – rituais, mitos, hábitos e crenças – por meio de normas de comportamento aceitas por todos os membros da organização (Pires; Macêdo, 2006, p. 88). Esse conjunto de características determina o modo como os seus membros se relacionam e formam vínculos entre si. Muitas vezes, essa cultura organizacional extrapola o contexto interno e se reflete no relacionamento da organização com seu público externo.

O vínculo organizacional é a relação estabelecida pelo indivíduo com a organização. Gustavo G. Kramer e José Henrique de Faria (2007, p. 86-88) destacam que o comportamento do indivíduo dentro de uma organização tem relação direta com o tipo de vínculo que se forma entre ambos, estando implícitos nesse vínculo onze elementos: identificação com a organização, sentimento



de pertença, cooperação nas atividades, participação nas decisões, criação de inimigos, idealização da organização, reconhecimento e valorização dos indivíduos, solidariedade, integração entre os membros, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Desses elementos, interessam particularmente ao nosso estudo a identificação com a organização, o sentimento de pertença, a idealização da organização e a solidariedade, pois permitem avaliar as principais características da cultura presente na organização estudada.

Entende-se por identificação o mecanismo utilizado pelos funcionários no esforço coletivo para que a organização possa atingir seus objetivos. No seu fazer diário, orientado pelo projeto institucional, o indivíduo se sente psicologicamente ligado à organização e assume como seus os objetivos desta. Essa adesão ao projeto institucional, caracterizada pela identificação, transforma-se em sentimento de pertença, estando os dois elementos bem próximos um do outro. No sentimento de pertença está implícito o orgulho de pertencer à organização, resultando em sentimento de responsabilidade e no tempo que o indivíduo permanece na organização (Kramer; Faria, 2007, p. 85-89).

Marilene M. da Costa, Tânia M. Valle e Midori Yamada (2000, p. 147-148), assim como Maria Inês Graciano, Lilliam Tavano e Maria I. Bachega (2007, p. 311) relatam que os cidadãos ou familiares dos pacientes do HRAC-USP com fissura labiopalatina ou deficiência auditiva têm sua vida profundamente influenciada pela deficiência e pelas dificuldades de relacionamento social decorrente de preconceito. O fato de que o hospital propicia ao cidadão o resgate da chamada “normalidade” ou mesmo situação que se aproxime dela desperta imediato sentimentos de gratidão, que podem mascarar insatisfações com as políticas institucionais.

O DIÁLOGO NO HRAC-USP, AVALIADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E POR USUÁRIOS

Para avaliar como os preceitos teóricos descritos se aplicam na prática, foi realizada uma pesquisa com dois grupos amostrais: trabalhadores em saúde e usuários. O HRAC-USP atende a cidadãos de todas as regiões do país, numa dinâmica que determina uma relação duradoura entre usuários e serviço de saúde, já que o tratamento oferecido por esse hospital é longo, consumindo uma média de dezoito a vinte anos de contatos periódicos.

O universo total de funcionários do HRAC-USP é de 766, sendo que 425 atendem diretamente os usuários. No que se refere a estes, o total já atendido aproxima-se de 85 mil. Nosso estudo considera usuário tanto o paciente como seus acompanhantes³, uma vez que frequentemente o paciente inicia seu tratamento logo após o nascimento e, portanto não vem sozinho ao hospital; ao deficiente auditivo é solicitado que compareça com um acompanhante, devido a dificuldades próprias da patologia. Portanto, a média projetada de circulação diária de usuários é de seiscentos cidadãos.

³ Acompanhantes: nesse universo se incluem pessoas do núcleo familiar direto (pais, esposos e filhos) e do núcleo indireto (tios, avós, tios-avós, sobrinhos etc.).



Para identificar como usuários e profissionais avaliam a qualidade do diálogo praticado no âmbito do HRAC-USP, foram realizadas oitenta entrevistas individuais, mediante dois roteiros distintos elaborados para cada grupo amostral. O primeiro grupo era composto de quarenta usuários, abordados aleatoriamente nas dependências do HRAC-USP e em seu entorno. O segundo grupo amostral era formado por quarenta funcionários que têm contato direto com o paciente, como técnicos de saúde e profissionais de saúde (cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, médicos etc), ou que atuam em atividades de apoio técnico operacional ao atendimento (recepcionistas e funcionários de agendamentos).

As percepções relatadas foram, em sua maioria, de indivíduos que vivenciam o cotidiano do hospital por um tempo que varia de seis a vinte anos, correspondendo, no caso de usuários, a 57,5% do total da amostra e, no caso de trabalhadores, a 50%.

Aos usuários foi perguntado: “Você se sente informado sobre o seu tratamento? Suas dúvidas são esclarecidas completamente?”. “Nas consultas ou nos atendimentos, você tem alguma dificuldade para entender o que os profissionais falam? Por quê?”. Para os profissionais, a pergunta formulada era: “Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?”.

As respostas assinalam que 95% dos usuários se consideram informados sobre o atendimento, sendo que 87,5% afirmaram que não sentem dificuldades em entender o que lhe é explicado. Quanto aos profissionais, as respostas apontaram que 22,5% consideram o diálogo excelente e 27,5%, muito bom; 22,5% o consideram satisfatório, embora apresente problemas, e 27,5% consideram que ele apresenta problemas.

Quanto às diferenças de níveis de compreensão dos usuários devido à diversidade cultural, a condições socioeconômicas, à formação educacional e à linguagem, a maioria dos profissionais reconheceu que elas existem. Mas não as classificaram como dificuldade para o exercício profissional, vendo-as como condição pré-existente e entendendo ser de sua responsabilidade percebê-las e envidar esforços para superá-las. A estratégia utilizada pela equipe para superar tais dificuldades é a repetição constante de informações em todas as etapas do atendimento. Relato de um psicólogo que atua há mais de trinta anos na instituição, aqui identificado como “Profissional 5”, retrata exemplarmente esse aspecto:

Há um esforço da instituição em fornecer todas as informações, mas que esbarra em traços culturais do usuário e da cultura do hospital. O grau de confiança no tratamento chega ao extremo de o paciente não se lembrar qual a cirurgia que fará, embora receba a informação em sua convocação. A postura é a de que sabe que fará uma cirurgia, que essa é para o bem de seu tratamento e que “o Centrinho cuidará dele”. (...) Há uma entrega do paciente, quase que incondicional, à instituição. Observa que nem sempre o paciente está interessado nas informa-



ções que lhe são passadas, contanto que o resultado daquele atendimento seja para melhorar sua condição. O diálogo, embora não seja o ideal, não traz grandes consequências porque a equipe trabalha com esse foco, e a repetição de informações é constante.

Quanto aos usuários, embora não relatem dificuldades no diálogo com os profissionais, do total de entrevistados 67,5% declararam que fazem perguntas quando não entendem e 72,5% assinalaram espontaneamente a disponibilidade e receptividade dos profissionais do HRAC-USP em esclarecer as perguntas formuladas. Essas perguntas, porém, nem sempre são dirigidas ao médico, mas a membros da equipe. O Usuário 1 disse que, quando se sente inseguro, recorre ao Serviço Social para esclarecimento de dúvidas e em busca de autoconfiança, e fica tranquilizado. Por outro lado, se sente constrangido em tomar o tempo do médico com perguntas porque sabe que outros pacientes estão aguardando atendimento também. E julga que o médico é um profissional inquestionável devido a seu grau de conhecimento: *“O médico estudou muito e entende de tudo”*.

Essa postura dos usuários encontra respaldo na cultura e nos vínculos organizacionais presentes no hospital. A natureza desse vínculo é impregnada de subjetividade emocional e assim influencia uma análise crítica, por parte dos usuários, quanto ao relacionamento com os profissionais de saúde e à qualidade no diálogo com os mesmos.

Quanto aos usuários, tais aspectos podem ser medidos pelas respostas às perguntas “Há quanto tempo você, ou seu filho, é paciente do Centrinho?” e “O que mudou em sua vida com o tratamento recebido?”. Tais dados permitem avaliar o impacto da cultura organizacional na percepção dos usuários e discutir os seus resultados, na perspectiva de sentimento de pertença e do impacto psicológico da reabilitação nessa avaliação.

Os resultados mostraram que 35% dos entrevistados faziam tratamento havia menos de cinco anos, 35% entre seis e 15 anos, e 30% entre 16 e mais de 21 anos, deixando claro que inevitavelmente se forma vínculo entre as partes.

Na amostra, predominou a percepção de mudanças profundas na vida do entrevistado com o tratamento recebido, assinalado por 77,5% dos entrevistados, sendo que 50% relataram mudanças funcionais (fala, audição) e 47,5%, mudanças sociais (relacionamento com a família e círculos sociais). Registros extraídos das entrevistas exemplificaram o sentimento geral dos entrevistados, como:

Para o Usuário 1, a principal mudança assinalada foi na aparência, que lhe devolveu *“a confiança para viver em sociedade”*. Emocionou-se ao falar do assunto e disse que tem *“uma dívida de gratidão para com o hospital pelo tratamento recebido”*. O Usuário 20 disse que mudou tudo em sua vida. Que, se não fossem o hospital e os médicos, *“não teria nem boca nem nariz direito”*. Para ele, existe preconceito: *“É complicado e tem que superar no dia a dia”*. (...). *“Tem que dar graças a Deus pelo hospital”*.



Aos trabalhadores foram apresentadas duas questões: “Na sua opinião, como é a cultura aqui do Centrinho?” e “Como você definiria a relação entre o hospital e os usuários (pacientes e familiares)?”. Na análise das respostas de ambas as perguntas, houve frequente recorrência a expressões como “humanização” e “atendimento humanizado” comumente associadas a esforços para suprir todas as carências do usuário e a qualidade no atendimento.

Quanto à cultura organizacional, 37% destacaram a humanização; 20%, o assistencialismo; 15%, o inter-relacionamento da equipe; outros 15%, o paternalismo; 10%, problemas internos, e 2,5% não emitiram sua opinião. Sobre o relacionamento com os usuários, 25% marcaram a humanização; 25%, a qualidade do atendimento; 17,5%, problemas na relação; 12%, o paternalismo; 10%, o assistencialismo; e outros 10%, a afetividade. Nem sempre a percepção da cultura organizacional coincide com a do relacionamento, ocorrendo casos de trabalhadores que se referiram à cultura humanizada e à relação paternalista, por exemplo.

Assim, ficou evidenciada a influência da cultura e do vínculo nos relatos de ambos os grupos amostrais. O Usuário 6 lembrou que vê *“aqui no hospital muitas outras crianças com problemas mais graves, até mesmo sem nariz, e aqui os médicos fazem o nariz (!). Então, reclamar de um lugar desses pra quê? Só se for doido.”* Para o Trabalhador 2, *“a gente enxerga o paciente de maneira diferente daquela no mundo lá fora. Isso faz com que o profissional se envolva mais com o paciente, criando vínculos, e isso torna o ambiente diferenciado”*..

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de respostas permitiu desenhar um quadro geral de percepção dos usuários do HRAC-USP quanto ao diálogo praticado na instituição, que aponta para o reconhecimento da cultura local marcada por fortes traços de fraternidade, aproximando-se do conceito de família e amizade. As frequentes menções à política de humanização no ambiente hospitalar e à boa qualidade do atendimento têm grande influência no julgamento dos usuários, resultando numa postura condescendente quanto a eventuais problemas, incluindo o processo de comunicação, citada como fator atenuante no confronto com queixas e problemas identificados pelos usuários. Alguns chegaram a se declarar “defensores” do HRAC-USP e muitos disseram que não têm do que reclamar, considerando ótimo o atendimento.

As respostas dos trabalhadores mostraram que as referidas qualidade do atendimento oferecido, a cultura fortemente marcada pela humanização e a preocupação sempre presente em atender as necessidades do usuário não mascaram a percepção dos aspectos negativos presentes no diálogo praticado no âmbito do hospital. Muitos não hesitaram em apontar pontos que consideram problemáticos e reconheceram a origem de muitos deles na própria conduta da equipe profissional.



Um ponto a ser destacado é que as dificuldades de repertório e a diversidade socioeconômica e cultural dos usuários não foram consideradas fatores preponderantes, mas sim complicadores para que um diálogo efetivo se concretize. Esse grupo considerou ser sua responsabilidade trabalhar para superar os problemas no diálogo, entendendo isso como fator inerente à sua prática profissional. Tal percepção resulta da cultura organizacional que impera no HRAC-USP.

É possível concluir, diante dos resultados, que os parâmetros de qualidade no diálogo são diferentes para os dois grupos amostrais. Quanto a estratégias para superar dificuldades no diálogo, a maioria dos trabalhadores refere-se à prática interna da equipe de repetição constante das informações, de forma que uma área supre a falha de outra e, assim, o usuário acaba recebendo as informações necessárias. Essa afirmação foi consonante com as respostas dos usuários quando mencionaram espontaneamente a boa qualidade no atendimento e a disponibilidade dos profissionais em responder a questionamentos.

O sentimento de pertença identificado é fruto tanto da necessidade psicológica e social do usuário como da cultura organizacional do HRAC-USP. Tanto usuários como trabalhadores usaram frequentemente o termo “humanização” ou “ambiente humanizado” para se referir à instituição, identificando no hospital laços de fraternidade que se aproximam dos conceitos de família e amizade, o que faz com que se sintam em ambiente familiar, protetor e humanizado; os trabalhadores relataram a afetividade e a qualidade no atendimento, referindo-se também à humanização, ao paternalismo e ao assistencialismo. Esse sentimento acaba por conferir grau positivo de satisfação de ambos os públicos com a situação de diálogo instalada na organização estudada.

REFERÊNCIAS

CARAPINHEIRO, *Graça Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Portugal: Ed. Afrontamento, 1993.

COSTA, Marilene Ribeiro Mendonça da; VALLE, Tânia Gracy Martins; YAMADA, Midori Otake. Atendimento interdisciplinar no centro de pesquisas audiológicas: interferência na ansiedade materna. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 147-51, mar. 2000.

GRACIANO, Maria Inês Gândara; TAVANO, Liliam D'Aquino; BACHEGA, Maria Irene. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: TRINDADE, Inge Elly Kiemle; SILVA FILHO, Omar Gabriel da (Coord.). *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos, 2007. p.311-333.

HANSEN, João Henrique. *Como entender a saúde na comunicação?* São Paulo: Paulus, 2004. 78 p.

KRAMER, Gustavo Garcez; FARIA, José Henrique de. Vínculos organizacionais. *RAP - Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 42, p. 83-104, jan.-fev. 2007.



MASETTI, Morgana. *Boas misturas: a ética da alegria no contexto hospitalar*. São Paulo: Palas Athena, 2003. 95 p.

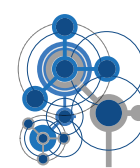
NASSAR, Maria Rosana Ferrari. O papel da comunicação nas organizações de saúde: oportunidades e desafios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, XXIX, Brasília, 6-9 set. 2006. *Anais...* São Paulo: Intercom, 2006. [CD-Rom].

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

PIRES, José Calixto de Souza; MACÊDO, Kátia Barbosa. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *RAP - Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 40, p. 81-105, jan.-fev. 2006.

WEBER, Maria Helena. Comunicação: estratégia vital para a saúde. In: PITTA, Áurea M. da Rocha (Org). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 151-65.

Recebido em: 20.03.2012 / Aceito em: 23.04.2012





A importância da comunicação para a implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

The importance of communication for the implementation of the national policy of humanization at the University Hospital of the University of São Paulo

La importancia de la comunicación para la implementación de la política nacional de humanización en el Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo

Maria Aparecida da Silva Rodrigues

- Especialista em Gestão Estratégica em Comunicação Organizacional e Relações Públicas pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- Especialista em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFM-USP)
- Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU)
- Coordenadora do Serviço de Acolhimento e Humanização do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)
- Membro da Comissão de Acolhimento e Humanização do HU-USP
- Membro do Comitê de Humanização do HCFM-USP
- E-mail: crodrigues@hu.usp.br



Resumo

Este artigo discorre sobre um novo paradigma de gestão institucional, baseado na comunicação e no relacionamento. Hoje, em vez do modelo tradicional de comunicação informacional, se passa a enfatizar a comunicação interativa e relacional, ou seja, a gestão participativa. A Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do HumanizaSUS, graças aos princípios ideológicos, organizacionais e de participação social que o norteiam, aumenta o grau de corresponsabilidade dos atores envolvidos, tendo que haver necessariamente uma interação entre usuários, profissionais, gestores e instituições da rede de saúde.

PALAVRAS CHAVES: COMUNICAÇÃO • RELACIONAMENTO • RELAÇÕES PÚBLICAS • POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO • HUMANIZA-SUS

Abstract

This article presents a new paradigm for institutional management. Communication and relationships are their main protagonists. The traditional model of informational communication is changed by an emphasis on interactive and relational communication. The National Policy of Humanization proposed by the Unified Health System (SUS), through the HumanizaSUS, starts from its ideological principles, organizational, and social participation, increasing the degree of responsibility of the actors involved in the health system. It becomes necessary an interaction between users, professionals, managers and the health institutions network.

KEYWORDS: COMMUNICATION • RELATIONSHIP • PUBLIC RELATIONS • NATIONAL POLICY OF HUMANIZATION • HUMANIZA-SUS

Resumen

Este artículo discurre sobre un nuevo paradigma de gestión institucional, sustentado en la comunicación y en el relacionamiento. Hoy, al contrario del modelo tradicional de comunicación informacional, se pasa a enfatizar la comunicación interactiva y relacional, es decir, la gestión participativa. La Política Nacional de Humanización propuesta por el Sistema Único de Salud (SUS), a través del HumanizaSUS, gracias a los principios ideológicos, organizacionales e de participación social que lo nortean, aumenta el grado de co-responsabilidad de los actores involucrados, existiendo necesariamente una interacción entre los usuarios, profesionales, gestores e instituciones de la red de salud.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN • RELACIONAMIENTO • RELACIONES PÚBLICAS • POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN • HUMANIZA-SUS



A principal razão motivadora para o desenvolvimento deste trabalho¹ foi a falta de engajamento dos profissionais do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo nas ações de humanização propostas. Considerou-se de fundamental relevância a realização de uma análise de cenário, utilizando a matriz swot, apresentando os pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças, mostrando o potencial do HU-USP para implementação da Política Nacional de Humanização. O objetivo é a melhoria na qualidade do trabalho desenvolvido, no relacionamento e na comunicação entre os usuários, profissionais e gestores, como também entre as instituições de saúde, possibilitando agregar valor à instituição.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Dele fazem parte centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os universitários –, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa.

Antes do advento do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de *promoção de saúde e prevenção de doenças* – por exemplo a vacinação, realizada em regime universal. A assistência médico-hospitalar era para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Este dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela *iniciativa privada*, com os convênios fixando a *remuneração* por procedimento, consolidando-se a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira. Ela incorporou teses da Reforma Sanitária e estabeleceu a saúde “como direito de todos e dever do Estado” (seção II – Da saúde, capítulo II, art. 196). A saúde deve ser garantida por políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

As ações e os serviços de saúde passaram a ser considerados, assim, de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, sua fiscalização e seu controle. Assim, em 19 de setembro de 1990 ocorreu a regulamentação do SUS, por meio da Lei n. 8080, que conceituou e definiu seus objetivos e suas atribuições, firmando as seguintes diretrizes: 1) descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo; 2) universalidade de acesso; 3) integralidade da assistência; 4) equidade; 5) participação da comunidade (Brasil, 1990).

¹ Este artigo é fruto do trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu de Gestão Estratégica em Comunicação Organizacional e Relações Públicas, desenvolvido na Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Margarida Maria Krohling Kunsch.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH

A saúde é um bem socialmente valorizado, ao qual as sociedades contemporâneas atribuem crescente importância e que a cada dia conquista maior reconhecimento como direito humano básico, de acordo com o que estabeleceu há várias décadas a Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, apesar da universalidade de sua valorização e da amplitude do direito humano básico, a realidade nos mostra uma grande heterogeneidade nos níveis e na estrutura de desenvolvimento da proteção à saúde entre as populações de um mesmo país. Pode-se deduzir que a saúde, considerada um direito humano básico, não está distribuída equitativamente pela população, como descrito nos princípios do SUS.

Segundo Dário F. Pasche e Eduardo Passos (2008), a Política Nacional de Humanização (PNH) é uma inflexão do SUS, emergindo da experimentação prática da política pública de saúde, a qual, no curso de duas décadas, foi capaz de enfrentar uma série de desafios, superando-os.

A humanização despontou na forma de política pública em resposta aos reclames da sociedade. Por um lado, consideraram-se os fenômenos culturais da contemporaneidade. Por outro lado, era evidente o sucateamento dos serviços de saúde, devido à má gestão ou aos sempre insuficientes investimentos frente aos crescentes custos da medicina biotecnológica, das filas intermináveis, do atendimento insatisfatório aos pacientes por profissionais mal remunerados e desvalorizados, além dos mais variados conflitos.

No ano 2000, o Ministério da Saúde, sensível às manifestações setoriais e às diversas iniciativas locais de humanização das práticas da saúde, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Tratava-se de uma iniciativa que estimulava a disseminação das ideias da humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com as realidades locais. Inovador e bem construído por um grupo de psicanalistas, o programa tinha forte acento na transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão de fenômenos no campo da subjetividade.

Na saúde surgiram várias iniciativas com o nome de humanização, como, por exemplo, os acordos da luta antimanicomial na área da saúde mental e os movimentos feministas pela humanização do parto na área da saúde da mulher, que começaram a ganhar volume e a produzir ruído suficiente para deixar marcas na história (Rios, 2009, p. 9).

Em 2003, o Ministério da Saúde fez uma revisão na PNHAH e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que mudou o patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS e definiu uma política cujo foco passaram a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho. Nesse novo paradigma, Izabel C. Rios (2009, p. 16) aponta que



a humanização focaliza com especial atenção os processos de trabalho e os modelos de gestão e planejamento, interferindo no cerne da vida institucional, local onde de fato se engendram os vícios e os abusos da violência institucional. O resultado esperado é a valorização das pessoas em todas as práticas de atenção e gestão, a integração, o compromisso e a responsabilidade de todos com o bem comum.

Portanto, um dos maiores desafios desse modelo de gestão participativa é o alinhamento das diversas instâncias institucionais, saindo do modelo fragmentado para um modelo de trabalho integrado, com uma visão do todo em busca de soluções compartilhadas, valorizando a escuta e a fala.

A PNH reconhece a existência de um SUS que dá certo, mas marcado por desafios e problemas que tornam necessário recuperá-lo, um posicionamento muitas vezes visto como um horizonte utópico.

O SUS é uma conquista do cidadão brasileiro, o que implica considerar a mobilização ativa dos trabalhadores/colaboradores e usuários/clientes² na busca do seu direito à saúde. A institucionalização das ouvidorias e a pesquisa de satisfação surgem como instrumentos que possibilitam o permanente diálogo e acompanhamento em relação à qualidade de trabalho oferecido pelo SUS.

Pelo que se pode verificar, o tema "humanização" passou a ser discutido amplamente na sociedade, particularmente nos serviços de saúde e nos hospitais, como uma reação ao modelo hegemônico de assistência à saúde, objetivando-se melhor qualidade no atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais. A preocupação com a humanização no ambiente hospitalar tem sido objeto de reflexão e discussão entre profissionais, como também tema constante em debates, congressos e simpósios na sociedade científica.

Segundo Margarida Kunsch (2010, p. 9-13) o tema humanização anuncia uma nova era no contexto das organizações. O paradigma linear-cartesiano, causal, no qual os indivíduos estão submetidos à autoridade e ao controle – como na teoria da administração de Frederick Taylor, por exemplo –, é superado pelo novo paradigma emergente, sistêmico e complexo, que vê a organização como espaço de diálogo e de construção de significado.

Suely Deslandes (2006, p. 35), afirma que “a humanização deve ser praticada, nos serviços de saúde, com profissionais e usuários de forma dialógica, em busca de uma construção de novos caminhos capazes de propiciar um novo paradigma de gestão da saúde pública”.

² Tem sido frequente na literatura o termo cliente/usuário, mas, tratando-se de uma instituição pública, o adequado é utilizar só o termo usuário – identificado como membro da comunidade organizada com direitos e deveres. O SUS migrou de um modelo de seguro de saúde, com benefícios apenas quem paga, para o desenho de seguridade social, direito independente de pagamento, ou seja, remetia a um período histórico confuso de gestão social. Há também a participação da iniciativa privada de forma complementar. Assim, provavelmente são esses os motivos da confusão na utilização da terminologia nas instituições públicas.



Tomando por base as afirmações mencionadas, o novo paradigma mostra a importância do resgate da dimensão humana no contexto institucional. Ele leva a refletir sobre a renovação do estilo de gestão, a importância de uma gestão participativa calcada no diálogo, no respeito ao ser humano, no relacionamento e na questão da ambiência, exigindo uma visão holística, considerando o ambiente interno e seu entorno.

Há por parte Ministério da Saúde (2003) uma atenção especial à questão de humanização dos equipamentos de saúde que mantêm contrato com o SUS. As instituições recebem um incentivo mensal, que fica incorporado ao teto da média complexidade, estabelecido no convênio inicial firmado entre elas e as secretarias estaduais da Saúde.

A política de humanização das secretarias estaduais visa à recuperação do sentido humano nos serviços, considerando a singularidade, propondo uma nova relação entre usuários, redes sociais e trabalhadores, melhorando as relações, apostando no trabalho coletivo, na direção de um SUS acolhedor e resolutivo. Para tanto, incentiva o aumento do grau de corresponsabilidade e de comunicação entre os atores envolvidos na produção de saúde (MS, 2004).

A implementação de uma nova política em uma instituição é algo bastante complexo, exigindo quebra de paradigma e mudança de comportamento e de atitudes. É necessário promover ações estrategicamente planejadas, o desenvolvimento de um trabalho sistêmico e contínuo, um processo de educação permanente e a formação de agentes multiplicadores de informação, pessoas-chave no processo de mudança de cultura na instituição.

COMUNICAÇÃO

A comunicação é um processo ligado a uma matriz comum: a vida em sociedade. O ato de comunicar envolve intercambiar pensamentos, sentimentos, informações, sendo, assim, um confronto de idéias. É a base das relações humanas e permite que as significações (mensagens) sejam transmitidas entre as pessoas ou os grupos, das mais variadas formas.

Nas organizações a comunicação é essencial no apoio a uma gestão eficaz. No caso das instituições hospitalares, além disso, ela contribui fundamentalmente para um atendimento humanizado, seja na prevenção, no processo de cura, na reabilitação ou na promoção da saúde. Nesse sentido, a comunicação eficiente atribui significado, transmite credibilidade, facilitando o processo de efetiva aderência ao tratamento.

A escolha dos meios de comunicação e a utilização dos suportes disponíveis devem ser observados de modo a facilitar todo o processo, com o menor índice de ruídos possíveis.



No ambiente institucional/organizacional existem dois tipos de comunicação: a formal e a informal. Uma organização não pode sobreviver sem a comunicação e para eficácia do processo é preciso que os dois tipos de comunicação – formal e informal – sejam avaliados com atenção.

Segundo Sidinéia G. Freitas (2006), para realmente conhecer a instituição/organização, o comunicador deve ir além da rede formal e do discurso, unindo com este as atitudes, observando as ações e os comportamentos. É exatamente no informal que o indivíduo se caracteriza como persona. Para Kunsch (2003, p. 72), as organizações precisam

levar em conta os aspectos relacionais, os contextos, os condicionamentos internos e externos, bem como a complexidade que permeia todo o processo comunicativo. Daí a necessidade de ultrapassarmos a visão meramente mecanicista da comunicação para outra mais interpretativa e crítica.

Como afirma James Grunig (2009), as organizações mantêm relacionamento com sua “família” de colaboradores, com as comunidades, com os governos, consumidores, investidores, patrocinadores e grupos de pressão, entre outros públicos. Portanto, as organizações precisam das relações públicas porque mantêm relacionamento com seus públicos. Sendo a comunicação um processo contínuo, é uma das formas mais eficazes de negociação e colaboração.

Assim, o profissional de relações públicas, com o objetivo de compreender melhor a cultura da instituição/organização, deverá estar sempre atento a todo tipo de comunicação e comportamento existente, propondo ações estrategicamente planejadas, assessorando a alta administração, facilitando a realização de trocas (relacionamento) e auxiliando na resolução de conflitos.

Na instituição/organização, por meio da comunicação e da observação do relacionamento dos seus atores institucionais e destes com seus diversos públicos, será possível compreender qual o tipo de cultura existente. Citem-se aqui algumas das muitas definições de cultura organizacional.

Maria A. Ferrari (2009, p. 148) afirma que “é um conjunto de estruturas, representações e significados, negociados constantemente pelos indivíduos e grupos, e por meio dos quais eles interagem socialmente com base na interpretação que fazem da realidade organizacional”. João Curvello (2010, p. 254) cita a definição de cultura organizacional de Edgar Schein (1986):

Conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna, e que funcionam bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

Segundo Fernando Motta (1997), comunicação e cultura se inter-relacionam – uma influencia a outra. Se, por um lado, a comunicação é um elemento fundamental da cultura, sem a qual esta



não existiria, por outro lado, os meios de comunicação estão fortemente condicionados a um determinado contexto cultural.

A forma como a instituição/organização se relaciona e se comunica com seus diversos públicos irá definir a sua cultura. Assim, segundo Maria Helena Weber (2009, p. 71) a comunicação organizacional “é o resultado de todas as ações institucionais, promocionais e mercadológicas utilizadas pelas organizações para gerar comunicação, apoio, visibilidade e imagem pública”.

Kunsch (2010, p. 57) ressalta que

a valorização das pessoas nas organizações deve ser um parâmetro determinante para a produção da comunicação organizacional. As organizações saudáveis, que consideram a qualidade de vida do trabalhador e se preocupam de forma responsável com as consequências de sua comunicação, certamente são as mais criativas, produtivas e admiradas por seus públicos.

De acordo com Paulo Nassar (2003, p. 27), “embora as dificuldades existam em todas as empresas, naquelas em que as pessoas se comunicam mais e melhor, os problemas dificilmente viram crises e normalmente já vêm com uma solução”. A comunicação assume então uma função vital, transformando-se em um ativo estratégico de gestão.

Não é tarefa fácil gerenciar com eficiência todo o processo de comunicação organizacional. A comunicação, como um bem intangível, muitas vezes é colocada em xeque e as ações desenvolvidas na instituição/organização ficam em segundo plano. Portanto, tornar o intangível quantificável é o grande desafio da comunicação.

A PNH considera a importância da utilização da pesquisa como instrumento para conhecer o grau de satisfação do público interno e externo, incentivando a pesquisa de satisfação como forma de escuta diferenciada.

Portanto, a pesquisa que recebe o incentivo da Secretaria de Estado da Saúde tem como objetivo estabelecer um canal direto de comunicação. Por meio dele será possível obter informações úteis para auxiliar no aperfeiçoamento da gestão, na capacidade de tomar decisões, na proposição de ações adequadas e, assim, melhorar o atendimento prestado à comunidade (Brasil, 2007).

Segundo Rios (2009), a humanização reconhece o campo das subjetividades, da comunicação e do diálogo como instâncias fundamentais para melhor compreensão dos problemas e para busca de soluções compartilhadas. Considera também a importante aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional. Assim, fica claro verificar que a sociedade está diante de um novo paradigma de gestão institucional/organizacional, uma nova visão que sai do foco em estruturas e tarefas para o foco em relacionamentos e processos, a gestão participativa.

Podemos fazer um paralelo da gestão participativa descrita acima com o formato de organização flexível descrita por Manuel Castells (1998). Esse autor aborda as interconexões das empresas



e destaca que existem duas formas de flexibilidade organizacional: o modelo de redes multidirecionais e o modelo de franquias e contratação de serviços de terceiros. Isso nos faz refletir mais especificamente sobre os modelos de redes, pois no caso dos serviços de saúde verifica-se a importância da organização aberta em rede, para maior eficiência e eficácia do trabalho desenvolvido em termos de gestão de processos.

Kunsch (2003, p. 57) destaca a “organização horizontal”, que tem mudado o modelo de gestão para adaptar-se às rápidas transformações econômicas e tecnológicas. A autora cita Castells (1998, p.192):

Essa nova organização desce do pedestal da burocracia verticalizada para atuar em rede, organizar-se em torno de um processo, e não de uma tarefa, promover gestão em equipe, mensurar os resultados pela satisfação do cidadão-consumidor e informar/formar seus empregados em todos os níveis.

Passar do modelo de gestão vertical para o modelo de gestão horizontal apresenta-se como um grande desafio principalmente para o gestor, por estar baseada na descentralização, na diluição do poder de comando e na participação dos diversos públicos envolvidos.

Segundo Kunsch (2003, p. 58), o formato de organização horizontal não é fácil de ser implementado, afirmando ela que há controvérsias ao comparar o desenho organizacional hierárquico-verticalizado com o modelo horizontal, em que este último é melhor que o primeiro e, na verdade, deve-se buscar um ponto de equilíbrio entre as duas formas.

Dessa forma, a construção de uma rede de participação social pode implicar obstáculos e desafios, mas, também, grandes possibilidades.

Considerando que o presente estudo se volta para uma instituição pública, não poderíamos deixar de citar a comunicação pública como uma grande aliada para o sucesso do desenvolvimento das políticas públicas. Curvello (2009, p. 202), citando Pierre Zemor (1995), diz que

seriam funções da comunicação pública: ouvir as demandas, as expectativas, as interrogações e o debate público; informar (levar ao conhecimento, prestar contas e valorizar); contribuir para assegurar a relação social (sentimento de pertencer ao coletivo, tomada de consciência do cidadão enquanto ator social); acompanhar as mudanças, tanto as comportamentais quanto as da organização social.

Mariângela Haswani (2011, p. 86) destaca que a comunicação pública

não se refere somente ao âmbito dos atos normativos, mas também às iniciativas voltadas a favorecer a relação entre cidadãos e instituições, a promover as iniciativas e os serviços oferecidos, assim como valores e imagens de interesse geral.



A comunicação interna, assim, seria o conjunto de ações que a instituição coordena com o objetivo de ouvir, informar, mobilizar, educar e manter coesão interna em torno de valores que precisam ser reconhecidos e compartilhados por todos e que podem contribuir com a sociedade.

Conforme Haswani (2011, p. 86), citando Mancini, há

dois diferentes campos de ação na comunicação pública: um passivo e um ativo. No primeiro caso, a instituição fica à mercê da demanda, dos controles e das verificações que sujeitos externos queiram fazer. Não intervêm ativamente na produção das notícias, limitam-se a aplicar e salvaguardar a maior “transparência” sobre seu trabalho. No segundo caso, é a própria instituição que promove um fluxo comunicativo externo, veiculando conhecimento, mas também intervindo, ou se aproximando de intervir, sobre percepções e sobre comportamento de seus referentes.

Conforme assinala a autora, “a informação (sempre) e a comunicação (quando houver demanda) são instrumentos de garantia dos direitos fundamentais (individuais e sociais) nos estados democráticos (de direito, sociais, cooperativos)” (Haswani, 2011, p. 22).

RELAÇÕES PÚBLICAS

Considerando que a Política Nacional de Humanização (PNH) tem como proposta trabalhar o relacionamento e a melhoria na gestão da instituição, podemos afirmar que isso diz respeito à principal função das relações públicas. A humanização trabalha a gestão permeada por três elementos básicos: a comunicação eficiente e eficaz, o relacionamento e o estabelecimento de vínculo de confiança. Para Kunsch (2003, p. 106), “o verdadeiro trabalho de relações públicas é aquele que, além de informar, propicia o diálogo. E isso só é possível na comunicação bidirecional”. Maria José da Costa Oliveira e Silvana Nader (2006, p. 104) escrevem que

vale lembrar que relações públicas, como uma atividade voltada ao equilíbrio entre os interesses de organizações e seus públicos, têm diante de si um cenário social, político e econômico que exige seu posicionamento claro na assessoria às organizações sobre o papel social que devem desempenhar, visando colaborar com as ações de interesse público.

Implementar a política de humanização em uma instituição não é tarefa fácil, pelos seguintes motivos: primeiro, porque o termo humanização já traz de forma oculta uma crítica, havendo a necessidade de disseminação do conceito para compreensão de todos os envolvidos. Portanto, suas ações devem ser desenvolvidas ao longo do tempo de forma sistemática e contínua, a partir de uma visão holística. Segundo, por envolver mudança de atitude e comportamento na rotina de trabalho. Dentro dessa filosofia tão ampla e aparentemente inalcançável, é preciso trabalhar métodos e caminhos planejados de forma estratégica, medindo o impacto da mudança no processo de trabalho que deve ser mensurável.



A política de humanização sendo de formação eclética e multidisciplinar, na área da saúde apresenta um amplo horizonte para que o profissional de relações públicas atue posicionando-se como estrategista de comunicação e relacionamento. Diz Kunsch (2003, p. 245) que

não basta pautar-se por ações isoladas de comunicação, centradas no planejamento tático, para resolver questões, gerenciar crises e gerir veículos comunicacionais, sem uma conexão com a análise ambiental e as necessidades do público, de forma permanente e estrategicamente pensada.

Assim, avaliar o ambiente interno e externo da organização é de fundamental importância. Essa análise pode ser feita, de acordo com Rozeli Arbaiter (2010), por exemplo, por meio da matriz denominada swot, sigla originada do inglês para *strenghts*, *weaknesses*, *opportunities* e *threats*. O objetivo dessa análise é definir estratégias para manter pontos fortes, diminuir a intensidade dos pontos fracos, aproveitando as oportunidades e protegendo-se das ameaças.

A matriz swot foi elaborada para sintetizar os cenários, estudo de mercado e análise competitiva. Assim, consolidam-se todos os aspectos relevantes do negócio, tanto as situações macroambientais (demográficas, econômicas, tecnológicas, político-legais, socioculturais), quanto os fatores microambientais (consumidores, concorrentes, canais de distribuição, fornecedores) que afetam diretamente a organização.

Depois de realizada a análise, devem-se priorizar os esforços na busca de solução para aqueles pontos que mais afetam negativamente a organização. As medidas têm de ser eficazmente definidas e aplicadas, e todos devem direcionar suas forças para que o objetivo proposto seja compreendido e alcançado.

Utilizando como base os princípios da matriz swot, será apresentado a seguir o cenário do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, fazendo-se uma análise crítica sobre a possibilidade de implementação da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HU-USP)

Ligado a uma das maiores universidades do país, o HU-USP é um hospital-escola regional universitário e de nível secundário. Destina-se a desenvolver atividades nas quatro especialidades básicas: clínica médica, clínica ginecológica e obstétrica, clínica pediátrica e clínica cirúrgica. Mantém contrato de gestão com o SUS para prestar assistência de média complexidade num sistema de referência e contrarreferência, conforme grade de hierarquização definida pelo SUS. É um hospital acadêmico que serve de campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação das unidades uspianas ligadas à área da saúde: Faculdade de Medicina, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Saúde Pública, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia.



Inaugurado em agosto de 1981, ele se baseia no tripé assistência-ensino-pesquisa, sendo sua missão desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área da saúde e assistência hospitalar de média complexidade, preferencialmente às populações do Distrito de Saúde do Butantã e da comunidade da USP, prestando um serviço diferenciado, com atendimento de excelência (HU, 2012)³.

Localizado no oeste de São Paulo, na subprefeitura do Butantã, abrange as regiões do Rio Pequeno (39 bairros), da Raposo Tavares (27 bairros), da Vila Sônia (44 bairros), do Butantã (20 bairros), do Jaguaré (12 bairros) e do Morumbi (17 bairros), que somam por volta de 425 mil habitantes, segundo informações da Fundação Seade (IBGE, 2010). Além disso, o HU atende a comunidade da Universidade de São Paulo (docentes, servidores e seus dependentes, pesquisadores, alunos de graduação e pós-graduação), que em 2009 era de quase 112 mil pessoas, de acordo com o Anuário Estatístico da USP (USP, 2010). Assim, ele está disponível para um total de quase 537 mil pessoas, que configuram a população assistencial pretendida.

Em termos de recursos humanos o HU dispõe de 1.726 funcionários distribuídos em três níveis: básico (420), técnico (742) e superior (564), contando também com profissionais terceirizados de vigilância, informática e assessoria de imprensa, num total de 147 funcionários.

Sendo um hospital acadêmico, não se poderia deixar de citar o número de alunos nele estagiaram em 2010: um total 1.850, das áreas de graduação, residência e complementação especializada. Nos cursos de aprimoramento, atualização, prática profissionalizante, especialização e difusão, passaram pelo hospital 407 alunos. São dados da Comissão de Ensino e Pesquisa do próprio hospital. Ressalte-se que esse público interno, formado por 4.130 pessoas, entre colaboradores e alunos, é um público estratégico, como potencial agente multiplicador da PNH no HU e em toda a rede de assistência à saúde da região.

A elevada demanda assistencial e o ritmo de trabalho dos profissionais constantemente acelerado levou a alta administração a formar em 27 de agosto de 2009, a Comissão de Acolhimento e Humanização do HU-USP, por meio da portaria HU-S n. 655/09. A comissão é constituída por uma equipe multidisciplinar, que, após uma escuta e observação atenta e crítica, delineia planos e projetos de ação.

Em 25 de abril de 2011, enfim, foi criado o Serviço de Acolhimento e Humanização do HU-USP (SAHU), com a finalidade de: assessorar a alta administração e as diferentes áreas no que se refere à política de humanização; disseminar essa iniciativa; efetuar pesquisas de satisfação e de avaliação de resultados, monitorando o impacto da divulgação feita para dar visibilidade às ações

³ Ver o portal da instituição: <http://www.hu.usp.br>.



realizadas. O objetivo que se tem em vista outro não é senão aprimorar a atividade e consolidar a imagem da instituição, visando obter, conseqüentemente, seu credenciamento como “hospital humanizado”, via Secretaria de Estado da Saúde. Uma longa caminhada, repleta de desafios, ainda continua aberta pela frente.

Refletindo sobre o cenário, a comunicação e a cultura existente no HU-USP, apresentamos a seguir, em forma de tabela, a análise *swot* realizada, com base em Rozeli Arbaiter (2010), avaliando as forças e fraquezas, bem como as oportunidades e ameaças percebidas. Isso pode levar a identificar pistas para se pensar em estratégias de transformação e ações que viabilizem o processo de implementação da Política Nacional de Humanização no HU-USP.

Tabela 1 – Análise do HU-USP pela matriz swot

AMBIENTE INTERNO	
FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Hospital acadêmico que tem como missão formar profissionais. (agentes multiplicadores / educação continuada). • Interesse da alta gestão. • Participação de representante das comunidades da USP e do Butantã no Conselho Deliberativo do HU-USP. • Funcionários que também são usuários do serviço. • Ambiente <i>on-line</i>, como forma de comunicação horizontal, propiciando o diálogo. • Hospital Universitário da USP mantém contrato de gestão com o SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Influência de diversas culturas institucionais – HU-USP , hospital acadêmico que integra seis unidades de ensino. • Ações focadas somente no serviço de pronto socorro do HU-USP, sem um trabalho de comunicação amplo e integrado, tanto dentro da instituição, quanto no seu entorno.



AMBIENTE EXTERNO	
OPORTUNIDADE	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde para implementação da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. • Ambiente on-line – criação de “caixa de ferramenta” do Ministério da Saúde para produção de saúde, saber e subjetividade. • Trabalho em rede. • Hospital humanizado recebe tratamento diferenciado por parte da administração pública e dos órgãos governamentais. • Ministério da Saúde coloca à disposição hospitais humanizados para visitação, apresentando o trabalho desenvolvido. • Receber incentivo proposto pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação – Portaria Interministerial MEC/MS n. 2.400, de 02/10/2007. 	<ul style="list-style-type: none"> • Questões políticas e econômicas de investimento financeiro na saúde. • Falta de execução de políticas públicas na área da saúde. • Falta investimento maior de recursos em planejamento e gestão de marca divulgando as políticas do SUS. • Questões culturais e de orientação ao usuário em relação ao tipo de assistência que um hospital realiza. • Perder os benefícios concedidos ou propostos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que se expôs nos tópicos anteriores e na análise pela matriz *swot*, conclui-se que o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) possui campo fértil para implementação da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.

Seria sumamente interessante a instituição investir em planejamento de ações de relacionamento e gestão de marca, admitindo um(a) relações-públicas como mais um profissional para os quadros da instituição, o(a) qual teria como tarefa promover a saúde, contribuindo com seu saber multidisciplinar para explorar a interface entre as áreas da comunicação e da saúde.



Considerando os fundamentos teóricos das relações públicas, que, segundo Kunsch (2003), têm funções administrativa, mediadora, estratégica e política, apontaríamos as seguintes contribuições possíveis da área para o HU-USP: 1) como funções administrativa e mediadora, a gestão de comunicação e de relacionamento, integrando as diversas áreas do hospital, possibilitando, assim, uma comunicação de mão dupla, num contexto de participação e integração; 2) como função estratégica, a promoção de ações que agreguem valor aos profissionais, à clientela e à instituição, mostrando a importância de cada um, possibilitando uma visão holística do processo, além da mudança de atitudes e de comportamento; 3) como função política, contribuir para o processo de implementação da Política Nacional de Humanização, bem como, também, realizar ações de relacionamento com os equipamentos de saúde e instâncias com o qual o HU-USP se relaciona. As relações públicas teriam um papel relevante em todo o processo, contribuindo enquanto ciência e participando de equipe multidisciplinar no planejamento e na tomada de decisões.

O HU, como instituição acadêmica inserida na USP, cuja missão é a geração e difusão de conhecimento – o que só pode ser conseguido por meio de uma comunicação eficaz e com a participação dos diversos públicos que fazem parte do cenário –, poderia converter-se em modelo de humanização para diversas outras instituições, além da própria Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

ARBAITER, Rozeli. Análise de risco. Disponível em: <http://cobben.com.br/cgi-cn/news.cgi?cl=099111098098101110098114&arecod=2&newcod=45>. Acesso em: 17 out. 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

_____. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o fundamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 1990.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS n. 2.400, de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. Brasília: Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: dtr2001.saude.gov/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm. Acesso em: 28 abr. 2011.

CASTTELLS, Manuel A. A sociedade em rede. **Vol. 3. A era da informação: economia, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

CURVELLO, João J. A. O desvendar das culturas organizacionais. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. 2. ed. São Paulo. Atlas. 2010. p. 253-268.



_____. A dimensão interna da comunicação na administração pública. In: Duarte, Jorge (Org). *Comunicação pública: estado, mercado, sociedade e interesse público*. 2. ed. São Paulo. Atlas, 2009. p. 201-213.

_____. A comunicação organizacional como fenômeno, como processo e como sistema. *Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, São Paulo, Gestcorp/ECA-USP / Abrapcorp, a. 6, n. 10/11, p. 109-114, 2009.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p 22-27, 2004.

_____. (Org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-47.

FERRARI, Maria Aparecida. Os cenários turbulentos como oportunidade de mudança e de realinhamento de estratégias. In: GRUNIG, James E.; FERRARI, Maria Aparecida; FRANÇA, Fábio. *Relações públicas: teoria, contexto e relacionamentos*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2009. p. 129-152.

FREITAS, Sidinéia Gomes. Cultura organizacional e comunicação. In: Kunsch, Margarida M. Krohling (Org.). *Obtendo resultados com relações públicas*. 2. ed. – rev. e atual. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006. p. 53-62.

GRUNIG, James E. Definição do posicionamento das relações públicas. In: GRUNIG, James E.; FERRARI, Maria Aparecida; FRANÇA, Fábio. *Relações públicas: teoria, contexto e relacionamentos*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2009. p. 17-34.

HASWANI, Mariângela F. Comunicação pública 360 graus e a garantia de direitos. In: Kunsch, Margarida M. Krohling (Org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2011. p. 81-97.

HU – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Portal Disponível em: <<http://www.hu.usp.br>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico*. São Paulo: Fundação Seade, 2010.

KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *Obtendo resultados com relações públicas*, 2. ed. – rev. e atual. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

_____. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. 4. ed. – rev., atual. E ampl. São Paulo: Summus, 2003.

_____. A dimensão humana da comunicação organizacional. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *A comunicação como fator de humanização das organizações*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2010.

_____. (Org.). *Comunicação organizacional*. Vol 1. História, fundamentos e processos. São Paulo: Saraiva, 2009.

MS – Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho*. Brasileira: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Política Nacional de Humanização Hospitalar. [Online]. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 28. abr. 2011.



_____. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 2003.

MOTTA, Fernando C. Prestes. Cultura, cultura organizacional e cultura brasileira. In: MOTTA, Fernando C. Prestes; CALDAS, Miguel P. (Org.). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997.

NASSAR, Paulo. *Tudo é comunicação*. São Paulo: Lazuli, 2003.

OLIVEIRA, Maria José da Costa; NADER, Silvana. S. Relações Públicas na gestão da responsabilidade social: desafio e oportunidade. *Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, São Paulo, Gestcorp/ECA-USP / Abrapcorp, n. 5, p. 96-107, 2. sem. 2006.

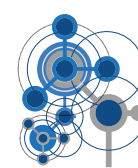
PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/19/45>>.

RIOS, Izabel Cristina. *Caminhos da humanização na saúde*. Rio de Janeiro: Áurea, 2009.

USP – Universidade de São Paulo. *Anuário estatístico*. São Paulo USP, 2010.

WEBER, Maria Helena. Comunicação organizacional, a síntese. Relações públicas, a gestão estratégica. *Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, São Paulo, Gestcorp/ECA-USP / Abrapcorp, a. 6, n. 10/11, p. 70-75, 2009.

Recebido em: 05.04.2012 / Aceito em: 04.06.2012





A saúde na perspectiva da comunicação institucional e mercadológica

Health under the perspective of institutional and marketing communication

La salud en la perspectiva de la comunicación institucional y mercadológica

Angela Lovato Dellazzana

- Doutoranda em Comunicação Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)
- Fez estágio de doutorado em Comunicação Social na Universidad de Navarra (Espanha)
- Especialista em Marketing pela PUC-RS
- Professora do Centro Universitário Franciscano (Unifra), de Santa Maria (RS)
- Foi assessora de Comunicação e Marketing do Hospital Ernesto Dornelles, de Porto Alegre (RS)
- E-mail: angela.lovato@terra.com.br



Resumo

O presente estudo baseia-se em um levantamento bibliográfico das pesquisas publicadas em 2011 com o tema comunicação e saúde, nos portais da Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação (Intercom) e da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação (Compós). Apresenta-se uma pesquisa exploratória, de caráter quantitativo e qualitativo, da diversificada bibliografia encontrada sobre o tema, relacionando-a com o conceito de comunicação organizacional integrada, desenvolvido por Margarida Kunsch. O primeiro passo foi identificar as possíveis relações que podem ser estabelecidas entre os termos comunicação e saúde. Percebe-se que o tema engendra vieses os mais diversos e que, na maioria dos casos, a comunicação organizacional em saúde privilegia o aspecto institucional em detrimento do mercadológico.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO INTEGRADA • COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL • COMUNICAÇÃO MERCADOLÓGICA • ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Abstract

This study is based on a bibliographical assessment of the surveys published in 2011 on the theme of communication and health, in the portals of the Brazilian Society of Interdisciplinary Studies of Communication (Intercom) and of the National Association of Communication Postgraduate Programs (Compós). An exploratory survey of a quantitative and qualitative nature is presented of the diversified bibliography found on the matter, relating it to the concept of integrated organizational communication developed by Margarida Kunsch. The first step was to identify the possible relations that could be established between the terms communication and health. It is perceived that engender biases of various kinds and that, in most cases, the organizational communication on health privileges the institutional aspect in detriment of marketing.

KEYWORDS: INTEGRATED COMMUNICATION • INSTITUTIONAL COMMUNICATION • MARKETING COMMUNICATION • HEALTH ORGANIZATIONS

Resumen

Este estudio se fundamenta en un levantamiento bibliográfico de las investigaciones publicadas en 2011 con el tema comunicación y salud, en los portales de los sitios de la Sociedad Brasileira de Estudios Interdisciplinarios de la Comunicación (Intercom) y de la Asociación Nacional de los Programas de Pos-Grado en Comunicación (Compós). Se presenta una investigación exploratoria, de carácter cuantitativo y cualitativo, de la diversa bibliografía encontrada sobre el tema, relacionándola con el concepto de comunicación organizacional integrada, desarrollado por Margarida Kunsch. El primer paso fue identificar las posibles relaciones que pueden ser establecidas entre los términos comunicación y salud. Se constata que el tema engendra los más diversos desdoblamientos y que, en la mayoría de los casos, la comunicación organizacional en salud privilegia el aspecto institucional en detrimento de lo mercadológico.

PALAVRAS CLAVE: COMUNICACIÓN INTEGRADA • COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL • COMUNICACIÓN MERCADOLÓGICA • ORGANIZACIONES DE SALUD



A área da saúde representa um desafio para os profissionais da comunicação organizacional. Diferentemente de outras áreas, como a indústria e o comércio de bens de consumo duráveis, por exemplo, as empresas relacionadas à área da saúde, aqui entendida como clínicas, laboratórios e hospitais, apresentam restrições no que tange à comunicação com seus diversos públicos de interesse. A principal ressalva se dá em função da natureza desses serviços, que têm sua divulgação regulada por órgãos profissionais, como o Conselho Federal de Medicina, que estabelece: “A publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais” (CFM, 2012, p. 1).

O Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) possui uma comissão especial que tem por finalidade “supervisionar qualquer divulgação médica, através dos meios de comunicação, feita por estabelecimento de saúde, órgão governamental ou privado” (Cremers, 2012, s. p). Dessa forma, os profissionais que trabalham na comunicação dessas instituições devem estar atentos a essas restrições, pois nem todas as práticas de comunicação organizacional empregadas tradicionalmente podem ser aplicadas à área da saúde. É importante salientar que a comunicação organizacional, neste estudo, é entendida a partir da perspectiva de Margarida Kunsch (2007)¹, que considera seus diversos âmbitos: a comunicação interna e administrativa, a comunicação institucional e a comunicação mercadológica.

A experiência de oito anos na assessoria de comunicação e marketing de um grande hospital há muito despertou em nós o interesse em pesquisar academicamente a relação entre a comunicação e a saúde. Por diversas razões de ordem prática, o desejo permaneceu latente e agora recebe um estímulo para ser concretizado, ainda que em caráter embrionário, graças à oportunidade lançada pela revista *Organicom*, que no dossiê desta 16a. edição apresenta a temática comunicação e saúde.

Buscou-se realizar um levantamento bibliográfico que permitisse apreender o estado da arte nessa área, como primeira etapa de uma pesquisa que se pretende desenvolver ao longo do ano 2012. Trata-se, aqui, de apresentar um estudo exploratório, de caráter quantitativo e qualitativo, da diversificada bibliografia encontrada sobre o tema. O primeiro passo foi identificar as possíveis relações que podem ser estabelecidas entre os termos comunicação e saúde. E já de início encontrou-se uma afirmação que pôde ser confirmada ao longo das leituras realizadas: “No que diz respeito às relações estabelecidas entre comunicação e saúde, poderíamos apontar que se trata de algo mais complexo e mais antigo do que, à primeira vista, podemos supor” (Trench; Antenor, 2010, p. 4).

¹ Trata-se de capítulo de Kunsch em livro organizado por Clotilde Pérez e Ivan S. Barbosa (2007). A autora apresentou sua visão pioneira da “comunicação organizacional integrada” em livro de 1986 (Kunsch, 1986), que teve uma 4a. edição, revista, atualizada e ampliada em 2003 (Kunsch, 2003). Nesta última edição, ela explora a temática no capítulo “Relações públicas e a filosofia da comunicação integrada” (Kunsch, 2003, p. 149-202). A obra está na 5a. edição.



Na área da saúde, destaque-se José C. Teixeira (2004, p. 615), que utiliza o termo comunicação em saúde com a seguinte definição: “Estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”. O autor aborda o tema no âmbito da psicologia e considera a comunicação como um aspecto transversal em saúde, com relevância em diversos contextos. Contudo, a comunicação organizacional não é contemplada em sua plenitude, uma vez que Teixeira apenas considera a comunicação interna e administrativa das organizações de saúde, excluindo a comunicação institucional e mercadológica, ou seja, as práticas que visam trabalhar a imagem e a publicidade dos serviços dessas instituições perante seus públicos.

Essa perspectiva da relação entre comunicação e saúde parece ser a mais recorrente na bibliografia encontrada. Graciela Natansohn (2004, p. 39), que desenvolve o tema a partir da área da comunicação, também aborda a questão enfocando a perspectiva das políticas públicas de saúde. Para essa autora, o tema passa a ser importante na América Latina a partir da década 1960, época em que

a comunicação e a saúde, junto à educação, passam a ter um vínculo estreito: tratava-se de superar a ‘ignorância’ do povo, a resistência às inovações – especialmente, da população rural – mediante a educação e o planejamento descentralizado e regionalizado.

A autora aponta a tradução para o espanhol do livro *Mass media and national development*, de Wilbur Schramm, feita em 1964, como um marco do enfoque desenvolvimentista e instrumental de que a comunicação desfrutava no continente.

Assim, entende-se que o tema é vasto e engendra vieses os mais diversos, tendo caráter ora sanitaria, ora marxista, ora mercadológico, para citar alguns exemplos. No entanto, não se pretende, ao menos nesta etapa, desenvolver, sustentar ou criticar os pontos de vista encontrados, mas relatá-los e relacioná-los à perspectiva da comunicação organizacional integrada de Kunsch (2007). Obviamente, o estudo dessas relações é preocupação tanto da área da saúde quanto da área da comunicação. Contudo, com vistas a manter o foco deste trabalho sob o olhar da comunicação, o corpus de pesquisa restringiu-se às publicações² do ano 2011 da Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação (Intercom) e da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação (Compós), uma vez que estas têm forte expressão nacional. Na etapa quantitativa do levantamento bibliográfico, foram consultados os sítios dessas instituições na internet e foi digitado nos respectivos buscadores a palavra “saúde”³. Em seguida, foi feita a etapa qualitativa, que consiste em uma leitura desses trabalhos para relacioná-los ao conceito da comunicação organizacional integrada.

² Concretamente, às publicações disponibilizadas virtualmente, com acesso aberto nos portais das organizações.

³ No sítio da Intercom, disponível em <<http://www.portalintercom.org.br>>, as buscas foram feitas nos menus “Anais” e “Publicações”. No sítio da Compós



PONTO DE PARTIDA: A COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL INTEGRADA

Kunsch (2007, p. 371) critica o caráter meramente instrumental da comunicação organizacional, dominante ainda na metade final do século XX no Brasil. Para a autora: “há a necessidade (...) de trabalharmos a comunicação nas organizações numa perspectiva muito mais interpretativa do que instrumental e com base em uma visão de mundo”. O conceito de comunicação organizacional integrada que ela desenvolveu não exclui seu caráter instrumental, mas o relaciona com a complexidade da natureza das organizações e da própria comunicação interpessoal.

A integração se dá a partir do pressuposto de que os quatro âmbitos da comunicação organizacional identificados inicialmente pela autora se inter-relacionam de forma a destacar duas áreas fundamentais: as relações públicas e o marketing. “A primeira abarcaria, pela sua essência teórica, a comunicação institucional, a comunicação interna e a comunicação administrativa. O marketing responderia por toda a comunicação mercadológica” (Kunsch, 2007, p. 386). A autora esclarece que o intuito dessa integração não se restringe ao sucesso da organização isoladamente, seja qual for seu ramo e sua natureza, mas visa também ao benefício de seus diversos públicos e da sociedade em geral.

Nesse sentido, Cicilia Krohling Peruzzo (1993), já no começo da década de 1990, abordava a temática da saúde na perspectiva da comunicação comunitária, como um instrumento a serviço do desenvolvimento e em prol da sociedade. A autora combina os temas relações públicas, movimentos populares e transformação social, afirmando que a comunicação, se bem empregada, pode contribuir para a formação da cidadania, organizando a população para que reivindique seu acesso aos serviços básicos de saúde, por exemplo. Portanto, o enfoque do tema saúde desenvolvido pela autora também é claramente voltado para a saúde pública e para as políticas de comunicação, enfatizando o âmbito da comunicação institucional.

Arquimedes Pessoni (2008, p. 177) emprega o termo “comunicação para a saúde” nessa mesma perspectiva, fazendo um resgate da pesquisa acadêmica sobre o tema. Para esse autor, “não há concordância sobre a data em que se iniciam os estudos da comunicação para a saúde como disciplina. Há, isso sim, alguns fatos que contribuíram para que a comunicação fosse vista com mais atenção pelos profissionais de saúde e vice-versa”. É possível perceber que Pessoni considera a relação entre a comunicação e a saúde tanto a partir da saúde quanto a partir da comunicação. Destacam-se, em sua abordagem, os relatos sobre a criação e as edições da Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde (Comsaúde), que reúne profissionais de ambas as áreas.

Lia Luz (2010), por sua vez, aborda a relação entre comunicação e saúde a partir do jornalismo científico, categorizando cinquenta matérias da revista *Veja* que traziam o tema saúde. A autora



mostra que a maior parte das reportagens se concentrava em questões alimentares, com 15% de frequência: “Em seis meses, *Veja* apresentou sete matérias sobre regimes e formas de perder peso” (Luz, 2010, p. 265). No entanto, Lia deixa claro que a revista não visa apenas conscientizar a população sobre os perigos da obesidade, uma vez que cita medicamentos e laboratórios farmacêuticos nessas reportagens.

Nesse sentido, identifica-se outro ponto de vista sobre a relação entre comunicação e saúde, o do jornalismo científico, atividade que pode implicar interesses de lucro implícitos, conforme conclusão de Luz (2010, p. 273): “Pode-se afirmar que a saúde se tornou, em muitos casos, uma mercadoria que pode ser comprada na farmácia da esquina”. Nesse caso, percebe-se que a comunicação institucional acaba por mesclar-se com a comunicação mercadológica, ainda que de forma velada.

Sobre o jornalismo científico é interessante destacar a visão de José A. de Oliveira e Isaac Epstein (2009), que afirmam que a ciência tornou atraente para a opinião pública, grande parte em função do jornalismo científico e da divulgação científica. Ressaltem-se os objetivos de seu estudo, que visa analisar

a assimétrica relação entre o tempo da pesquisa científica e o tempo dos diferentes segmentos interessados em seus resultados, sobretudo com a crescente demanda de se construir consenso técnico sobre campos da ciência que exigem rigorosas investigações e exaustivos testes. Destacam-se, sobretudo nos últimos anos, as pressões de setores da sociedade civil, interessados em participar do processo decisório que orienta os rumos da ciência, entre eles: o jornalismo científico, o poder legislativo e a opinião pública (Oliveira; Epstein, 2009, p. 423).

Os autores explicam que essa assimetria se deve ao seguinte impasse: o público busca no trabalho da ciência “verdades” permanentes, soluções definitivas. A ciência, por sua vez, aponta para certezas provisórias que poderão ser confirmadas, refutadas ou transformadas conforme o saber científico for sendo construído. Concorrem para a problematização da questão os diversos interesses financeiros na divulgação de determinadas pesquisas científicas. Assim, surge a polêmica relacionada ao abuso cometido pelo jornalismo científico, que muitas vezes é acusado de escrever matérias permeadas de intenções ocultas de venda, como relata Luz (2010).

Entende-se que esse uso do jornalismo científico com intenções de venda estaria relacionado à própria transformação da saúde em “mercadoria”, como mencionada pela autora, constatação que encontra respaldo em Murilo C. Ramos (2005, p.250):



Como bem expresso em documento fundador do Laboratório de Políticas Públicas (LPP), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (ver <http://www2.uerj.br/lpp>), na medida em que o mercado não reconhece direitos, a função central que ele vai assumindo na reformulação das relações econômicas e sociais representa uma transformação do que era direito em um bem negociável no mercado. Assim, de direitos universais os direitos à educação e à saúde passaram a ser mercadorias, e, concomitantemente, o Estado deixou de desempenhar seu papel na afirmação de direitos, para, ao contrário, centrando-se em políticas de desregulamentação, abrir espaços para a mercantilização crescente das políticas sociais.

Assim, percebe-se que as pesquisas envolvendo a relação entre a comunicação e a saúde engendram vieses que enfocam ora a comunicação institucional, ora a comunicação mercadológica, dependendo do ponto de partida do pesquisador. Cada um desses vieses pode gerar estudos diversos, tamanha a abrangência do tema. Buscou-se demonstrar, até este ponto, que se torna evidente a necessidade de realizar um compêndio sobre o estado da arte desses estudos sob a ótica da comunicação integrada. Dessa forma, identificam-se a seguir os âmbitos da comunicação organizacional integrada presentes nas publicações da área da comunicação sobre o tema saúde, em 2011, nos portais da Intercom e da Compós.

O ESTADO DA ARTE

Não foram encontradas publicações datadas de 2011 com o tema saúde no sítio da Compós. As buscas por esse indexador foram feitas no *menu* “Biblioteca” (há apenas três publicações com o tema saúde – duas em 2001 e uma em 2002) e no menu E-compós (há apenas duas publicações – 2004 e 2010). No livro da Compós 2011 (Silva et al., 2011), disponível para *download*, também não foi encontrada essa temática. Acredita-se que a pouca preocupação com o tema na Compós pode estar relacionada com o intuito da associação de dar prioridade aos temas mais relevantes para a área, sendo que a saúde não parece estar entre eles. De fato, a saúde não possui um grupo de trabalho (GT) próprio na associação e nem aparece diretamente como assunto na descrição de algum dos quinze grupos ativos. As publicações encontradas no *menu* “Biblioteca” sobre o tema saúde, nos anos 2001 e 2002, foram apresentadas no GT de Estratégias e Políticas de Comunicação, que, talvez por sua abrangência excessiva, foi desmembrado e encontra-se inativo.

Nas consultas realizadas no sítio da Intercom, foram encontrados 29 estudos com o tema saúde publicados em 2011, conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Publicações sobre comunicação e saúde em 2011

MENU ACESSADO / TÍTULO DO TEXTO
Revista Iniciacom
1. Saúde em revista: análise dos temas das reportagens das publicações empresariais <i>Essência</i> e <i>Unimed</i>
Anais do Intercom Sudeste
2. Um novo eu: cirurgia plástica e as histórias que transformam vidas
Anais do Intercom Sul
3. Assessoria de imprensa para a academia Vidativa
4. Site Prosa & Prozac: produção jornalística sobre saúde
5. Propaganda de medicamentos: faz mal à saúde?
6. Olhares sobre a divulgação científica de saúde: uma análise do jornalismo realizado pela <i>Superinteressante</i> e <i>Galileu</i> de 2009 a 2010
7. Publicidade e Aids: análise dos comerciais veiculados pela mídia eletrônica
8. “Passaporte para a cidadania”: a comunicação comunitária na construção de uma política sindical na área da saúde e segurança no trabalho
Anais do Intercom Norte
9. Radiojornal Saúde & Você
Anais do Intercom Centro-Oeste
10. Coisa doida: comunicação e saúde mental
11. Uma experiência em assessoria de comunicação para a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes em Goiânia
12. Viva melhor: qualidade de vida e nutrição
13. Comunicação social e educação popular de jovens: um desafio para o SUS
Anais do Intercom Nordeste
14. Uma leitura da apologia do estatuto da magreza na revista <i>Veja</i>
15. Plano de Comunicação para o Hospital Infantil Varela Santiago
Anais do Intercom Nacional
16. A invisibilidade negra: o (des)encontro do jornalismo com saúde pública nas doenças de recorte étnico-racial e por vulnerabilidade que acometem a população afrodescendente
17. A temática “saúde” na pauta da Intercom: análise dos anais dos congressos de 2000 a 2010
18. A verificação da produção científica na área da comunicação e saúde em quatro periódicos científicos



19. Dilemas sociais em campanhas de saúde pública: comparação entre conteúdos de campanhas públicas recentes
20. Entre invisibilidades e movimentos: as pessoas com deficiência na reivindicação do acesso à informação, cidadania e direito à saúde
21. Observatório Saúde na mídia: um olhar sobre o gênero editorial dos jornais *Folha de Pernambuco* e *Jornal do Commercio*
22. Saúde masculina: invisível até na tv
23. Tabagismo em diálogo: olhares sobre o discurso do Ministério da Saúde.
24. A cobertura da mídia impressa da dengue em Mato Grosso do Sul
25. A “salvação” nos remédios: análise do fenômeno da medicalização no discurso midiático
26. Análise das relações comunicacionais em uma organização hospitalar à luz da autopoiese
27. O uso das mídias sociais pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)
28. Os usos do cuidado de si na produção de informação
29. Percepção das campanhas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST): o caso da comunidade do Orkut “Papiloma vírus humano”

Ao fazer uma breve leitura dos 29 textos publicados sobre o tema comunicação e saúde, foi possível identificar sete diferentes abordagens, por ordem de aparecimento: 1) comunicação das empresas da saúde com seus públicos; 2) jornalismo sobre beleza/estética; 3) jornalismo científico sobre doenças/prevenção; 4) campanhas de saúde pública/conscientização; 5) políticas de comunicação/comunicação comunitária; 6) propaganda de medicamentos; 7) pesquisas sobre a comunicação e a saúde.

Como já se esperava, o enfoque mais frequente esteve na questão da saúde pública, que utiliza a comunicação em campanhas de conscientização da população quanto à prevenção e tratamentos de doenças em geral; ele apareceu em oito casos (estudos 7, 19, 22, 23, 24, 27, 28 e 29). Houve um empate no segundo enfoque mais presente, que aparece seis vezes: um dizia respeito às políticas de comunicação, à comunicação comunitária e ao acesso à informação de serviços de saúde (estudos 8, 10, 12, 13, 16 e 20); e outro, à comunicação das empresas da área da saúde com seus públicos de interesse (estudos 1, 3, 9, 11, 15, 26). Em terceiro lugar esteve a questão do jornalismo científico na área da saúde, com matérias sobre novos medicamentos e tratamentos, por exemplo (estudos 4, 6, 21). Em quarto lugar, ficaram empatados os estudos sobre a saúde e a beleza (estudos 2 e 14), sobre propaganda e divulgação de medicamentos (estudos 5 e 25) e sobre as pesquisas em comunicação e saúde (estudos 17 e 18).

Entre os sete enfoques identificados, aquele que mais interessa a este estudo, pois está mais relacionado com o conceito de comunicação organizacional integrada, é o do relacionamento das organizações que prestam serviços de saúde com seus públicos de interesse. Os seis estudos com esse enfoque são descritos a seguir.



No estudo 1, “Saúde em revista: análise dos temas das reportagens das publicações empresariais *Essência e Unimed*”, Felipe da Costa e Valquíria John (2011), fazem uma análise de conteúdo de jornais empresariais de prestadoras de serviços de saúde, respectivamente, o Hospital Santa Catarina o plano de saúde Unimed Blumenau. A intenção dos autores foi categorizar os temas mais recorrentes para identificar como se dá o relacionamento dessas empresas com seus clientes por meio desses veículos. Para os autores,

a união dessas duas especialidades do jornalismo, empresarial e de saúde, se observadas suas características essenciais, pode trazer benefícios para o emissor, que reforça sua marca, e para o receptor, que se informa sobre hábitos que podem melhorar sua saúde (Costa; John, 2011, p. 2).

Apesar de não haver menção ao conceito de comunicação integrada, percebe-se que, no referido estudo, a comunicação organizacional é enfocada sob o viés da comunicação institucional. A comunicação é vista pelos autores como benéfica tanto para a empresa quanto para seus clientes, por meio de veículos empresariais que visam reforçar a marca e o relacionamento com seus usuários. Essa afirmação é comprovada na análise dos autores, que concluem que a prevenção de doenças é um dos temas mais recorrentes nas duas publicações, demonstrando a preocupação das empresas em levar informação de educação em saúde para seus leitores.

O estudo 3, “Assessoria de imprensa para a academia Vidativa”, de Ana Paula L. Kringel e Taiane de Oliveira Volcan (2011), traz uma proposta de implantação de assessoria de imprensa para uma academia na cidade de Pelotas (RS), enfocando a necessidade de criar um veículo interno para a empresa. Nesse sentido, o âmbito da comunicação organizacional priorizado pelos autores é a comunicação interna. Contudo, o trabalho tem o intuito de apresentar apenas uma proposta e, sendo assim, não traz informações sobre a aplicação e os resultados desse caso, nem relaciona teoricamente os conceitos de comunicação integrada com os objetivos do trabalho.

Já o estudo 9, “Radiojornal *Saúde & Você*”, de autoria de Cynthia Pinheiro et al. (2011, p. 3) traz uma perspectiva da comunicação organizacional voltada tanto para a comunicação institucional quanto para a comunicação interna, uma vez que retrata os objetivos desse veículo: “Suprir a necessidade de melhorar a comunicação entre os usuários e funcionários do HUGV [e] contribuir para difundir junto aos pacientes e seus familiares informações sobre como cuidar da saúde e ter uma melhor qualidade de vida”. Contudo, o artigo apenas cita a comunicação integrada quando relata uma pesquisa feita por outro hospital.

O estudo 11, “Uma experiência em assessoria de comunicação para a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes em Goiânia”, de Ana Carolina R. de Deus et al. (2011), é um relato de um projeto experimental que, já na introdução, demonstra preocupação com o conceito de comunicação organizacional integrada:



Em tempos de globalização, de discussão acerca da consolidação dos direitos sociais e da cidadania, o conceito de comunicação organizacional não cabe apenas às empresas da iniciativa privada, mas aplica-se a todo tipo de organização, inclusive às organizações públicas (Deus et al., 2011, p. 1).

No entanto, os autores não desenvolvem os conceitos de comunicação integrada ao longo do trabalho.

O estudo 15, “Plano de comunicação para o Hospital Infantil Varela Santiago”, de José Alves de Souza e Maria Stella Galvão Santos, também traz o conceito de comunicação integrada, mas não demonstra sua aplicabilidade no objeto estudado.

Por fim, o estudo 26, “Análise das relações comunicacionais em uma organização hospitalar à luz da autopoiese”, de Michele Paris, visa compreender os fatores que influenciam a comunicação organizacional na Santa Casa de Misericórdia de Maceió (AL). A autora entende que

A comunicação organizacional, principalmente na saúde, surge não só como uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, pois se reconhece que a informação não é suficiente para favorecer mudanças, mas é uma chave, dentro do processo educativo, para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida (Paris, 2011, p. 4).

Sob essa ótica, Paris privilegia o âmbito da comunicação interna e da comunicação institucional, não referenciando o conceito de comunicação integrada de Kunsch (2007).

A partir dessa breve análise dos estudos de comunicação que permeiam o tema da saúde, é possível perceber o pouco interesse existente entre os pesquisadores de comunicação pelos conceitos de comunicação integrada aplicados à área da saúde. Percebe-se, ainda, que nenhum estudo enfocou o âmbito da comunicação mercadológica, aspecto que, muitas vezes, é desestimulado pelas entidades de classe da área da saúde e carece de pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio proposto por este estudo permitiu trilhar um primeiro passo em busca da compreensão sobre a tensa relação entre os termos comunicação e saúde. Identificaram-se seis abordagens possíveis para nortear a pesquisa sobre o tema, constatando-se a complexidade e a diversidade de enfoques que esse debate pode suscitar. Nessas diferentes abordagens, buscou-se encontrar o viés da comunicação organizacional integrada, que não foi explorado de maneira satisfatória nos estudos analisados. De certa forma, por se tratar de pesquisas, em



sua maioria, de iniciação científica, careceram de um amparo teórico consistente. Essa constatação revela o descaso sobre o tema de pesquisadores já experientes, mas, por outro lado, revela que são jovens estudantes que se interessam pelo tema, o que pode representar um futuro de pesquisas mais assíduas nessa área.

A prevalência dos âmbitos da comunicação institucional e interna já era esperada como resultado desta pesquisa, uma vez que a aproximação dos conceitos de comunicação mercadológica e serviços de saúde é recente e ainda suscita desconfianças por parte do público e dos próprios gestores desses serviços. Contudo, a necessidade de gestão da comunicação de instituições de saúde, por exemplo, já é ponto pacífico, pois muitas instituições hospitalares, sejam públicas ou privadas, já dispõem de assessorias ou departamentos de comunicação. Isso também é percebido na maioria dos estudos encontrados, que tratam de relatos de casos de assessorias de comunicação de hospitais, visando ora à melhora da qualidade do trabalho (comunicação interna), ora à criação e manutenção de uma imagem positiva junto a seus usuários (comunicação institucional).

Todavia, abordou-se apenas um enfoque do diverso leque de possibilidades que o tema engendra e que ainda carecem de pesquisas. Acredita-se que o estudo das relações entre comunicação e saúde se faz necessário tanto na área da comunicação organizacional quanto na área da comunicação comunitária e da comunicação para a cidadania, perpassando enfoques como a construção de políticas públicas de regulamentação da publicidade de serviços de saúde. Este enfoque, a publicidade de entidades prestadoras de serviços de saúde, por exemplo, não apareceu nos estudos analisados, ainda que o tema seja atual, haja vista as crescentes regulamentações sobre essa atividade.

Tal constatação evidencia a necessidade de debater o tema de forma sistemática. O fato é que, devido à complexidade das questões ligadas à comunicação organizacional de empresas prestadoras de serviços de saúde, é premente uma abordagem teórica mais consistente. Além disso, se faz mister uma análise empírica que permita mapear e sugerir caminhos para a complexa realidade que os profissionais de comunicação enfrentam quando o objeto de sua prática é a saúde.

REFERÊNCIAS

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.701/2003. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1701_2003.htm>. Acesos em: 10 jan. 2012.

COSTA, Felipe da; JOHN, Valquíria Michela. Saúde em revista: análise dos temas das reportagens das publicações empresariais Essência e Unimed. *Iniciacom – Revista Brasileira de Iniciação Científica em Comunicação Social*, São Paulo, Intercom, v. 3, n. 1, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/ojs-2.3.1-2/index.php/iniciacom/article/view/620/580>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

CREMERS – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Coda-me). Propaganda em medicina. Disponível em: <<http://www.cremers.org.br/index.php?indice=74>>. Acesso em: 25 jan. 2012.



DEUS, Ana C. Rodrigues de et al. Uma experiência em assessoria de comunicação para a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes em Goiânia. In: CONGRESSO DE COMUNICAÇÃO DA REGIÃO CENTRO-OESTE, XIII, Cuiabá (MT), 08 a 10 jun. 2011. Anais... São Paulo: Intercom, 2011. Disponível em: <<http://intercom.org.br/papers/regionais/centrooeste2011/expocom/EX27-0205-1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

KRINGEL, Ana Paula L.; VOLCAN, Taiane de Oliveira. Assessoria de imprensa para a academia Vidativa. In: CONGRESSO DE COMUNICAÇÃO DA REGIÃO SUL, XII, Londrina (PR), 26 a 28.05.2011. Anais... São Paulo: Intercom, 2011.

KUNSCH, Margarida M. Krohling. Comunicação organizacional: surgimento e evolução das práticas, conceitos e dimensões. In: PEREZ, Clotilde; BARBOSA, Ivan Santo (Org.). *Hiperpublicidade*. Vol. 1. Fundamentos e interfaces. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

_____. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. [1986]. 4. ed. – rev., atual. e ampl. São Paulo: Summus, 2003.

LUZ, Lia. A pílula da longevidade à venda nas páginas da revista Veja. In: *Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, São Paulo, Intercom, v. 33 n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/ojs-2.3.1-2/index.php/revistaintercom/article/view/156/149>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

NATANSOHN, Graciela. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. *Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación*, Eptic, v. VI, n. 2, mayo–ago. 2004. Disponível em: <<http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/ac91b84bc163228f74ae2a291b80dd81.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2012.

OLIVEIRA, José Aparecido de; EPSTEIN, Isaac. Tempo, ciência e consenso: os diferentes tempos que envolvem a pesquisa científica, a decisão política e a opinião pública. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 29, p. 423-33, abr.-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a14.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

PARIS, Michele. Análise das relações comunicacionais em uma organização hospitalar à luz da autopoiese. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, XXXIV, Recife (PE), 02 a 06 set. 2011. Anais... São Paulo: Intercom, 2011. Disponível em <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2011/resumos/R6-1309-1.pdf> Acesso 12 jan. 2012.

PERUZZO, Cicilia M. Krohling. *Revista Brasileira de Comunicação*, São Paulo, Intercom, v. XVI, n. 2, p. 125-133, 1993. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/peruzzo-cicilia-relacoes-publicas.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

PESSONI, Arquimedes. Comunicação para a saúde. In: MARQUES DE MELO, José (Org.). *O campo da comunicação no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2008.

PINHEIRO, Cynthia et al. Radiojornal *Saúde e Você*. In: INTERCOM NORTE, X, Boa Vista (RR), 01 a 03 jun. 2011. Anais... São Paulo: Intercom, 2011. Disponível em: <<http://intercom.org.br/papers/regionais/norte2011/expocom/EX26-0083-1.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.



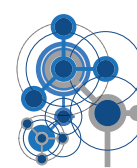
RAMOS, Murilo C. Comunicação, direitos sociais e políticas públicas. In: Comunicação, direitos sociais e políticas públicas. In: MARQUES DE MELO, José; SATHLER, Luciano (Org.). *Direitos à comunicação na sociedade da informação*. São Bernardo do Campo (SP): Umesp, 2005. Disponível em: <http://www.lucianosathler.pro.br/wordpress/wp-content/uploads/2008/02/245_253_direitos_a_comunicacao_politicas_publicas_murilo_ramos.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2012.

SILVA, Gislene et al. (Org.). *Jornalismo contemporâneo: figurações, impasses e perspectivas*. Salvador: Edufba / Compós, 2011.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Aná – Análise Psicológica*, v. 22, n. 3, p. 615-620, set. 2004. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf> Acesso em 16 jan. 2012.

TRENCH, Belkis; ANTENOR, Samuel. Editorial. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000100001-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2012.

Recebido em: 20.03.2012 / Aceito em: 04.06.2012





A publicidade saudável na comunicação pública

Healthy advertising in public communication

La publicidad saludable en la comunicación pública

Asdrúbal Borges Formiga Sobrinho¹

- Doutor em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB)
- Mestre em Comunicação pela Faculdade de Comunicação da UnB
- Professor da UnB
- Coordenador do projeto “A criatividade em processos e produtos da comunicação”
- E-mail: asdru_bal@uol.com.br

¹ Este artigo apresenta resultados da pesquisa desenvolvida no projeto “A criatividade em processos e produtos da comunicação”, coordenado pelo autor e integrado pelos bolsistas de iniciação científica da Universidade de Brasília (UnB) Saulo Mendes Batista, Erica Cael Alves e Alexandre Andrade da Silva Machado.



Resumo

Este artigo discute as razões pelas quais o conceito de comunicação pública comumente não abrange a publicidade, nem sequer a publicidade de utilidade pública, devido, por exemplo, a estigmas da propaganda governamental ou da publicidade mercadológica. O texto demonstra a importância da publicidade de utilidade pública para a comunicação pública, teoricamente e por meio de imagens empregadas numa campanha que dialoga com estratégias persuasivas desenvolvidas pela publicidade mercadológica para promover a cidadania dos portadores de HIV.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO PÚBLICA • PUBLICIDADE • IMAGEM PÚBLICA • PUBLICIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA • CIDADÃOS • SAÚDE

Abstract

This paper discusses the reasons why the concept of public communication often doesn't include the advertising, even the public one, due to, for example, stigmas from the government or market advertisement. The text shows the importance of the public advertisement for the public communication, in theory and by images adopted in a campaign which uses persuasive strategies developed by the market advertising to promote the citizenship of the HIV carriers.

KEYWORDS: PUBLIC COMMUNICATION • ADVERTISING • PUBLIC IMAGE • PUBLIC ADVERTISING • CITIZENS • HEALTH

Resumen

Este artículo debate las razones por las cuales el concepto de comunicación pública usualmente no incluye la publicidad, ni siquiera la publicidad de utilidad pública, debido, por ejemplo, a los estigmas de la propaganda gubernamental o de la publicidad mercadológica. El texto demuestra la importancia de la publicidad de utilidad pública para la comunicación pública teóricamente y por medio de imágenes utilizadas en una campaña que dialoga con estrategias persuasivas desarrolladas por la publicidad mercadológica para promover la ciudadanía de los portadores del VIH.

PALABRAS CLAVES: COMUNICACIÓN PÚBLICA • PUBLICIDAD • IMAGEN PÚBLICA • PUBLICIDAD DE UTILIDAD PÚBLICA • CIUDADANOS • SALUD



Há inúmeras e, muitas vezes, controversas definições de comunicação pública, tendo autores sul-americanos do ramo identificado consensos sobre a finalidade de informar privilegiando o interesse público (Weber, 2011) ou para a cidadania (Duarte, 2011; Brandão, 2009); e sobre o fato de constituir um espaço de diálogo, participação (Bueno, 2009) e interação (Matos, 2011). Entretanto, também tem destaque entre eles o fato de o conceito ainda estar em construção, em razão de a pesquisa no ramo ainda ser recente.

Na literatura consultada, comumente se chama a atenção para a confusão entre comunicação pública e comunicação governamental, tendo a primeira sido apontada como solução para uma nomenclatura herdeira de um estigma da propaganda governamental ou política realizada durante a ditadura militar brasileira e os regimes totalitários europeus. Entretanto, a substituição gerou outros problemas: a associação de comunicação pública apenas à comunicação realizada pelo Governo; e o entendimento da comunicação pública como processo de uma determinada gestão do governo, efêmera, e não promovida pelo Estado, permanente.

ABORDAGEM ESTIGMATIZADA NA COMUNICAÇÃO PÚBLICA

O referido contexto aponta para o principal motivador deste artigo: a abordagem da publicidade em estudos de comunicação pública. Maria Helena Weber (2011, p. 110) é das poucas autoras a destacar o fato de ela, em substituição taxonômica à propaganda, estar “excluída conceitualmente da comunicação das democracias contemporâneas”. Juan C. Jaramillo López (2011), por sua vez, a exclui da abrangência do conceito de comunicação pública e de sua dimensão midiática, por considerar que ela não pode ter fins estratégicos ou manipuladores. O autor ignora o potencial de contribuição da publicidade para processos de mobilização social, pois não reconhece a dimensão afetiva de organizações anunciantes sequer num nível simbólico; e considera a comunicação publicitária capaz apenas de convocar e persuadir para fins de consumo, mas não de conscientizar para adesão a alguma causa *social*.

A nomenclatura e a categorização referidas geram contradições, pois, embora possa ser legítima a busca de uma expressão mais voltada para promover ou reforçar a democracia, o novo nome não é suficiente para desestigmatizar qualquer gênero de comunicação e nem para eximi-lo de ações persuasivas ou manipuladoras comumente associadas à publicidade. Além do mais, como menosprezar a construção de uma imagem pública por uma campanha de utilidade pública, se as peças são veiculadas externamente, assinadas pelo governo e, inevitavelmente, dotadas de algum caráter institucional representativo da imagem e da identidade (Kunsch, 2003) de uma gestão, mesmo que este não deva ser primordial?

Imagem pública pode ser entendida como a combinação de dois modelos de representação. A primeira é a *representação política*, objetiva e tangível, pois vinculada à eleição ou ao lugar institucional conquistado, enquanto a segunda é a *representação simbólica*, subjetiva e tangível, porquanto vinculada aos modos de representar a representação (política) em lugares de visibilidade pública (Weber, 2011, p. 115).



Como o âmbito simbólico consolida a substituição da relação direta entre os polos da comunicação, o conceito valoriza a participação do receptor no processo comunicativo, a partir da maneira como assimila conteúdos e atua como cocriador dos mesmos. Tal atuação depende do contexto cultural e psicossocial, determinantes também da permanência de uma imagem pública de acordo com a coerência entre os diferentes tipos de comunicação sobre o assunto correlato.

Inegavelmente, o objetivo institucional deve ter limites e a comunicação – principalmente no âmbito político, partidário ou governamental – precisa ser regulamentada para atender ao interesse público e garantir os direitos do cidadão. Porém, isso não significa que a publicidade deva ser tratada como gênero insidioso, pois a comunicação pública realizada pela administração pública, embora também sujeita a equívocos e críticas, já tende a ampliar e qualificar a publicidade (Weber, 2011). Isso porque ela representa mudanças no sentido de potencializar a voz de organizações públicas ou não governamentais, anteriormente privilégio de organizações privadas (Rolando, 2011); e de tal voz representar demandas dos cidadãos, principais contribuintes. Nesse sentido, o funcionamento de organizações públicas se baseia no de organizações privadas, procurando identificar, gerar e atender as demandas dos usuários, mas com a diferença de os lucros obtidos com as inovações no relacionamento, ainda que simbólicos, pertencerem a um amplo conjunto de clientes.

Tal contexto aponta para o fato de a associação da comunicação a um partido ou uma gestão do governo, além de ser determinante da credibilidade e, portanto, da eficácia do processo comunicativo, também poder contribuir para modificar escolhas posteriores e outras atuações dos cidadãos, caso as ações não correspondam às mensagens. Além do mais, a publicidade, tão acusada de legitimar o uso da estrutura de comunicação da máquina pública para atender interesses particulares, também se vale de recursos persuasivos para incentivar cidadãos a votar em plebiscitos, promover a paz no trânsito, evitar doenças, entre outras formas de participação política.

Portanto, há diversas formas de a comunicação governamental ser considerada *pública*. Delas destaco, no gênero de comunicação pública midiática escolhido e apresentado na segunda seção e no estudo de caso discutido na terceira, “proteger e promover a cidadania” (Brandão, 2009, p. 05) ao tratar de tema relacionado com a saúde e, diante dele, tentar gerar, consolidar ou modificar alguma atitude, possivelmente seguida por ação.

ABORDAGEM SAUDÁVEL NA COMUNICAÇÃO PÚBLICA

Como desempenhar a tarefa de falar em nome de cidadãos, sobre eles e para eles, sendo eles, simultaneamente, indivíduos e toda uma população? Além disso, como estabelecer uma comunicação capaz de atrair a atenção para temas de interesse público e influir nas formas de pensar e agir dos indivíduos, visando a benefícios comuns?

Uma das categorias da comunicação pública mencionadas por Jorge Duarte (2009, p. 62) é a “de *utilidade pública*: sobre temas relacionados ao dia a dia das pessoas, geralmente serviços e orientações. Buscam informar, mobilizar, prevenir ou alertar a população ou setores específicos dela para temas de interesse”. Há autores, como Wilson Bueno (2009), que também chamam a atenção para o fato de a comunicação pública não ser privilégio de organizações públicas ou governamentais, embora as práticas comunicacionais realizadas por tais organizações constituam os mais importantes espaços para sua efetivação, em razão das funções desempenhadas diante da sociedade. Da mesma forma, a informação de interesse público não é exclusividade do gênero jornalístico. É também característica da publicidade de utilidade pública, aquela diretamente envolvida em ações concretas de comunicação dos governos para melhorar a qualidade de vida da população. O fato é que a publicidade de utilidade pública visa mobilizar, levar o cidadão a adotar um determinado comportamento que lhe traga benefícios tangíveis para melhorar sua qualidade de vida (Costa, 2006, p. 22).

O conceito e o livro que o apresenta, *Comunicação de interesse público*, (Costa, 2006) – criticado por tratar de comunicação pública e ter sido escrito por publicitários – demonstram o intercâmbio entre gêneros de publicidade como possível consequência do que já vinha ocorrendo entre gêneros de comunicação, argumento este também destacado por Monteiro (2009). O fenômeno reflete mudanças políticas decorrentes do fato de a sociedade estar mais complexa e o Estado não mais poder identificar todas as demandas dos cidadãos; e da redução da máquina estatal como consequência de um cenário econômico que, paralelamente à implantação de um regime democrático, convida cada vez mais o cidadão a ampliar sua participação política. E um dos principais espaços de representatividade do cidadão é a comunicação pública realizada pelo governo.

O referido processo amplia os papéis de supostos receptores da comunicação, muitos dos quais puderam intensificar sua transformação em cidadãos quando conquistaram determinado potencial de consumo e o empregaram também na aquisição de informação ou conhecimento. Esta é uma das razões para o atual modelo brasileiro de comunicação pública ter começado a se consolidar durante a primeira gestão do Governo Lula, como consequência, continuidade e aprofundamento de políticas econômicas da gestão de Fernando Henrique Cardoso que contribuíram para incluir no mercado de consumo uma parcela significativa da população. No período de aceleração de mudanças na economia de países chamados de emergentes, Néstor García Canclini (1997) já argumentava que se tornar consumidor pode ser um dos caminhos para o exercício da cidadania e que as mudanças econômicas teriam reflexos importantes no contexto sociocultural, alguns deles apontados a seguir.

Paralelamente às conquistas econômicas, ao aumento do nível de informação e, portanto, da exigência de muitos indivíduos, a publicidade, tão experiente em tratar seus públicos como consumidores, também pode passar a tratá-los como cidadãos, sem que uma classificação se contraponha à outra. Isso se aplica à publicidade mercadológica, classificação paralela à comunicação mercadológica, focada na divulgação de produtos ou serviços de uma empresa e baseada em técnicas persuasivas passíveis de emprego em diálogo com recursos da comunicação institu-

cional (Kunsch, 2003). Aplica-se também à publicidade de utilidade pública, embora em intensidades diferentes e com propósitos diversos. Como consequência, as novas exigências dos cidadãos consumidores e conscientes do fato de também serem contribuintes passaram a incluir mais criatividade e sentido estratégico da comunicação pública em forma de publicidade de utilidade pública, pois o interesse público não é algo tangível e nem estável, está sempre sujeito a negociações, cercado de tensões e, portanto, tendendo a ser ressignificado por indivíduos atuantes nos dois ou nos vários polos da comunicação.

Entretanto, é preciso que a publicidade de utilidade pública evite exageros ou equívocos ao cumprir a tarefa da comunicação pública de “centralizar o processo no cidadão” (Duarte, 2009, p. 59), pois deve partilhar com o indivíduo, e não transferir para ele, por exemplo, toda a responsabilidade sobre a saúde. E, como já existe uma tensão no fato de um tema como a aids, escolhido como exemplo, ser de âmbito político e também privado, por colocar em questionamento o bem-estar individual – tão recorrente na publicidade mercadológica – e o bem-estar social, além de informar e orientar ações, deve haver também espaço para o indivíduo identificar resultados de: suas medidas preventivas; seus cuidados posteriores, caso já tenha sido infectado; ou seu modo de lidar com portadores do HIV e situações que os envolvam.

REMÉDIO CRIATIVO

Para exemplificar que tipo de mudança pode ser expressa pela comunicação pública e ciente do fato de o gênero não se resumir à comunicação realizada pelo governo, mas também do fato de o Estado dever ser o principal representante dos direitos do cidadão, escolhi uma campanha de publicidade de utilidade pública referente ao Dia Mundial de Luta Contra a Aids. Ela foi veiculada no fim do ano 2009 e assinada pelo Ministério da Saúde, na gestão do presidente Lula. A figura 1, a seguir, apresenta a peça veiculada na internet e cujo conteúdo integrou cartazes, anúncios, *outdoors*, entre outros tipos de peça.

Figura 1 – Dia Mundial de Luta Contra a Aids – 2009:
Peça veiculada na internet





Inicialmente, chama a atenção o título composto, dividido em duas partes, cada uma sobreposta à imagem de um dos membros do casal – real, inclusive em relação ao título – que se beija, na foto: “Um deles tem HIV.; O outro sabe.” Em seguida, o conjunto formado por título, imagem do casal se beijando e o texto com o tema da campanha: “Viver com aids é possível. Com o preconceito não”.

O conteúdo dessa publicidade de utilidade pública tanto resume a polêmica na qual o tema está envolvido, quanto procura uma solução para a comunicação do mesmo e uma viabilidade para a eficácia das políticas públicas correlatas. Para isso, além de encontrar uma linguagem adequada e atraente e empregá-la nas peças publicitárias, é preciso mobilizar diferentes setores da sociedade.

Entretanto, há autores que não acreditam na publicidade para tais fins. Jaramillo López (2011), por exemplo, menciona que a mobilização contra a aids reúne pessoas com posicionamentos políticos diversos, entre as quais um acordo é praticamente impossível. Por outro lado, apresenta a necessidade de ajuste e negociação de um enfoque convergente, o que ocorreria por meio de processos comunicativos planejados por conhecedores de técnicas persuasivas preocupados com o interesse público e com a solução do problema de saúde também ocupante de territórios político, religioso e moral.

Diante da contradição, não faz sentido o autor ignorar a publicidade, se seu potencial argumentativo baseado na utilização de imagens lúdicas similares às apresentadas em gêneros de entretenimento pode garantir sucesso nesse diálogo. Ele sustenta os argumentos no fato de o êxito de políticas públicas do setor de saúde não depender de campanhas publicitárias, mas também de um conjunto de variáveis contextuais muitas vezes intangíveis. Assim, é importante insistir no fato de a publicidade de utilidade pública ser um dos instrumentos comunicativos capazes de construir, consolidar ou modificar a imagem pública não de uma gestão governamental, que certamente precisa *emprestar* sua credibilidade para o discurso publicitário, mas da própria aids. E isso em longo prazo, já que a publicidade sozinha, tanto no âmbito mercadológico quanto no público, pode ter efeitos efêmeros, mas principalmente no último caso, apenas ao ser veiculada, já contribui para colocar o assunto na pauta do debate público.

O referido autor não é o único a tentar excluir a publicidade da comunicação pública por limitá-la ao potencial pernicioso da publicidade mercadológica. Entretanto, o paralelo entre esta e a publicidade de utilidade pública aqui apresentado visa demonstrar como recursos já desenvolvidos no âmbito comercial podem ser empregados com outros fins.

Na publicidade mercadológica, doenças costumam estar ausentes, em razão do risco de repeli-rem a audiência interessada na representação de condições de felicidade, entre as quais se destaca a saúde, com base em imagens do corpo como território privado. Tal cenário protagonizado por pessoas jovens, saudáveis e sorridentes (Formiga Sobrinho, 2008), de certa forma, foi reproduzido pela publicidade de utilidade pública. Como o estilo de linguagem voltada para alertar ou assustar nunca foi o usual no ramo da saúde privada e já não é mais no ramo da saúde pública, inclusive porque não foi adequado sequer à geração que conviveu com a doença e a consequen-

te morte rápida, foi necessário buscar um argumento mais sofisticado. O principal objetivo era dialogar com um público do qual foi afastada a imagem pública da aids como doença causadora de mortes, já que o assunto não está sempre presente na imprensa e as campanhas publicitárias são sazonais; e surgiram medicações para tratamentos capazes de garantir a longevidade dos infectados, tendo o Estado brasileiro realizado com sucesso sua distribuição.

O resultado da busca de elementos integradores da linguagem, portanto, foi favorecido por um progressivo processo de negociação com diferentes setores da sociedade e resultou na conquista de espaço num contexto cultural já favorável para mudanças, por exemplo, na linguagem de publicidade de utilidade pública de tal ramo de saúde (Paz, 2007). O produto das mudanças pode ser visto em imagens das últimas campanhas, majoritariamente focadas na prevenção e veiculadas às vésperas do Carnaval, mas cada vez mais contempladoras de práticas e diversidades sexuais. As recentes inclusões contaram com a contribuição, dentre outras, da referida campanha focada no combate ao preconceito, num primeiro nível de leitura, mas mantenedora do alerta para a prevenção, num nível implícito, pois, se é preciso compreender o fato de a aids não ter cara, também é preciso estar atento às formas de prevenção e buscar relações sexuais seguras, independentemente do parceiro.

Em outras palavras, personagens e cenários canônicos se repetiram, mas com um propósito cujo foco não está no consumo de produtos, e sim no instinto de preservação e na manutenção de um estilo de vida saudável ou de condições de felicidade. Com a saúde ameaçada, esses valores, antes mais presentes em conteúdos de publicidade mercadológica, podem ser negados ao indivíduo ou pode ser comprometido seu acesso a satisfações afetivas ou sexuais e mesmo ao trabalho. Isto é exemplificado de forma inclusiva em relação ao portador do HIV, numa peça radiofônica integrante da referida campanha de combate ao preconceito e viabilizador do consumo de produtos ou estilos de vida diversos.

Do ponto de vista político, existe, além da preocupação com os correlacionados bem-estares físico e psíquico individuais, fundamentais também para o bom funcionamento da sociedade, outra preocupação de cunho econômico, pois o Estado leva em consideração o custo do tratamento da aids e de doenças correlatas, assim como o custo das possíveis mortes consequentes. Portanto, investir em publicidade de utilidade pública, comunicação pública e políticas públicas preventivas custa menos do que a manutenção ou a perda de inúmeros infectados e pode contribuir significativamente para a imagem pública de uma gestão do governo, mas deve ter como principal propósito poupar muitas vidas e aprimorar tantas outras.

De qualquer forma, a publicidade de utilidade pública parece encontrar seu espaço saudável na comunicação pública para a construção progressiva de uma imagem pública da aids. O fato é que, embora precise do apoio de outras políticas públicas e de apresentar um discurso coerente com os proferidos em outras instâncias, não apenas de comunicação, ela procura proteger no sentido de tentar evitar que mais indivíduos sejam infectados; e promover a cidadania no sentido de contribuir para a socialização dos infectados.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estariam os *criativos* responsáveis pela concepção da campanha empregando uma estratégia persuasiva recorrente na publicidade mercadológica para garantir a eficácia da publicidade de utilidade pública? Ou estaria o anunciante, órgão da gestão de um Estado incapaz de realizar políticas públicas eficazes, procurando dividir sua função com a população, passível de colher desse processo alguma satisfação de âmbito afetivo ou moral?

A resposta é afirmativa para ambas as questões, desde que o resultado de campanhas públicas seja positivo e todos os setores envolvidos, mas principalmente os cidadãos, conquistem algum benefício. Diante disso, já não é mais possível conceber a publicidade apenas como mantenedora de um *status quo*, mas também como estabelecadora de elos entre Estado e cidadãos e, portanto, potencializadora de mudanças.

Os profissionais diretamente envolvidos com a criação da referida publicidade de utilidade pública certamente enfrentaram desafios relacionados com a busca de meios e estratégias de comunicação, assim como da linguagem ideal para dialogar com a maior parcela da população de um território tão extenso e caracterizado por uma grande diversidade cultural. E, quando se trata de um assunto como a aids, que, além de questões de saúde, envolve outras políticas e inclusive morais, o desafio se amplia. Diante dele

é legítimo perguntar se a administração pública tem o direito de lidar com a nossa felicidade pessoal. A resposta, naturalmente, é afirmativa, porque a felicidade pode ser entendida como um sentimento coletivo. Emoções e comportamentos agregam e desagregam em um território marcado por temores e por esperanças (Rolando, 2011, p. 36).

Também é legítimo considerar o desafio um importante motivador e incluir na comunicação pública realizada pela administração pública outros gêneros de comunicação capazes não apenas de prometer esperança, mas também de contribuir para a concretização de políticas cujos resultados contribuam para a sociedade ter esperança de fato, a partir também da inclusão cada vez mais ampla dos cidadãos no processo comunicativo.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Elizabeth Pazito. Conceito de comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (Org.). *Comunicação pública: Estado, mercado, sociedade e interesse público*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 01- 33.

BRASIL. Dia Mundial 2009 - Viver com aids é possível. Com o preconceito não. Disponível em <http://www.AIDS.gov.br/campanha/dia-mundial-de-luta-contr-AIDS-2009>. Acesso em 19/02/2012.



BUENO, Wilson da Costa. Comunicação, iniciativa privada e interesse público. In: DUARTE, Jorge (Org.). *Comunicação pública: Estado, mercado, sociedade e interesse público*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 134-153.

COSTA, João Roberto Vieira da. Comunicação de interesse público. In: COSTA, João Roberto Vieira da (Org.). *Comunicação de interesse público: ideias que movem pessoas e fazem um mundo melhor*. São Paulo: Jaboticaba, 2006. p. 19-27.

DUARTE, Jorge. Instrumentos de comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (Org.). *Comunicação pública: Estado, mercado, sociedade e interesse público*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 59-71.

_____. Sobre a emergência do(s) conceito(s) de comunicação pública. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2011. p. 121-134.

FORMIGA SOBRINHO, Asdrúbal Borges. Juventude consumida: significações de comerciais sobre jovens e para jovens. Brasília, 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

GARCÍA CANCLINI, Néstor. *Consumidores e cidadãos* 3. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

JARAMILLO LÓPEZ, Juan Camilo. *Advocacy*: uma estratégia de comunicação pública. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2011. p. 61-80.

KUNSCH, Margarida M. Krohling. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. 4. ed. – rev., atual. e ampl. São Paulo: Summus, 2003.

MATOS, Heloiza. Comunicação pública: aportes teóricos e abrangência. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2011. p. 39-59.

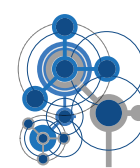
MONTEIRO, Graça França. A singularidade da comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (Org.). *Comunicação pública: Estado, mercado, sociedade e interesse público*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 34-46.

PAZ, Josi. *Aids anunciada*: a publicidade e o sexo seguro. Brasília: UnB, 2007.

ROLANDO, Stefano. Comunicação pública: aportes teóricos e abrangência. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2011. p. 23-37.

WEBER, Maria Helena. Estratégias de comunicação de Estado e a disputa por visibilidade e opinião. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *Comunicação pública, sociedade e cidadania*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2011. p. 101-119.

Recebido em: 22.02.2012 / Aceito em: 04.06.2012





Gravidez de adolescentes na mídia impressa

Adolescent pregnancy in the printed media

Embarazo de adolescentes en la prensa

Sonia Regina Schena Bertol¹

- Doutora em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp)
- Doutorado-sanduíche na Johns Hopkins University (EUA)
- Professora e pesquisadora da Universidade de Passo Fundo (UPF)
- Coordenadora do Curso de Jornalismo da UPF
- Autora do livro Tarso de Castro, editor de O Pasquim
- Tem experiência na área de comunicação, com ênfase em comunicação da saúde e divulgação científica
- E-mail: sobertol@upf.br

¹ Este trabalho contou com a colaboração das alunas de Jornalismo da Universidade de Passo Fundo (UPF) Vanessa Lazaretti (bolsista de iniciação científica) e Ingra Costa e Silva (voluntária de iniciação científica).



Resumo

A comunicação é uma das principais ferramentas para intervir na saúde, pois utiliza estratégias para informar e influenciar as decisões dos indivíduos, no sentido de promoverem sua saúde. No caso da gravidez na adolescência, grande parte da percepção que se tem sobre o tema advém da abordagem feita pela mídia impressa. Sendo assim, desenvolvemos um estudo por meio do qual se procura analisar os principais enfoques que o tema recebe na mídia local, na mídia estadual e na mídia nacional. Para tanto, foram escolhidos, respectivamente, *O Nacional*, de Passo Fundo (RS), *Zero Hora*, de Porto Alegre (RS), e a *Folha de S.Paulo*. O presente artigo atém-se exclusivamente à verificação da presença do tema na mídia local, representada por *O Nacional*, seguindo um protocolo de análise elaborado para este fim.

PALAVRAS-CHAVE: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA • MÍDIA IMPRESSA • ANÁLISE DE ENQUADRAMENTO

Abstract

The communication is one of the main tools to intervene in health, because it uses strategies to inform and influence individuals' decisions to promote their health. In the case of teenage pregnancy, much of the perception that one has on the topic stems from the approach given by the print media. Thus, the purpose of this study is to verify this issue in the local media, in the media of the State of Rio Grande do Sul, and the national media, represented, respectively, by the newspaper *O Nacional* (Passo Fundo, RS), *Zero Hora* (Porto Alegre, RS) and *Folha de S.Paulo*. In this text we analyze the main approaches to the this in *O Nacional*, following an analysis protocol developed for this purpose.

KEYWORDS: TEENAGE PREGNANCY • PRINT MEDIA • FRAMING ANALYSIS

Resumen

La comunicación es una de las principales herramientas para intervenir en la salud, porque utiliza estrategias para informar e influenciar las decisiones de los individuos, en función de promover su salud. En el caso de embarazo en la adolescencia, gran parte de la percepción que se tiene sobre el tema adviene del abordaje realizado por la prensa. En ese sentido, desarrollamos un estudio, por medio del cual se pretende analizar los principales enfoques que el tema recibe en los medios locales, los medios estaduales y los medios nacionales. Para eso fueron escogidos, respectivamente, *O Nacional* (Passo Fundo, RS), *Zero Hora* (Porto Alegre, RS) y *Folha de S.Paulo*. El presente artículo se preocupa exclusivamente a la presencia del tema en los medios de comunicación locales, representados por el periódico *O Nacional*, siguiendo un protocolo de análisis desarrollado para ese propósito.

PALAVRAS CLAVE: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA • PRENSA • ANÁLISIS DE ENCUADRAMIENTO



Considerando que os jornais são uma janela para o mundo, a forma como as notícias são apresentadas neles moldam a opinião pública e direcionam o debate sobre determinado tema. Ponderamos que a percepção do objeto de estudo “gravidez na adolescência” advém em grande parte de sua abordagem pela mídia impressa. Este artigo se detém na verificação desse tema na mídia local, representada pelo jornal *O Nacional*, de Passo Fundo (RS). Ele faz parte de um estudo mais amplo, que inclui a mesma pesquisa na mídia estadual, representada pelo jornal *Zero Hora*, de Porto Alegre (RS), e na mídia nacional, representada pelo jornal *Folha de S. Paulo*. Em cada uma das esferas, esses periódicos são considerados de referência, tanto por sua história quanto por sua circulação e influência editorial. Nesses veículos buscamos nosso material de análise, inicialmente no veículo mencionado de Passo Fundo – concretamente, neste capítulo, no qual também fazemos a fundamentação teórica do estudo. O conjunto da análise das três amostras, inclusive de forma comparativa, levará à compreensão de como a gravidez na adolescência vem sendo enquadrada em cada uma das esferas.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA VISÃO HOLÍSTICA

Hoje o grande público começa a se interessar cada vez mais pela informação científica trazida pelos periódicos e por diversos produtos editoriais que têm se preocupado exclusiva ou complementarmente com a divulgação da ciência e da medicina. Então, também é hora de qualificar sua cobertura. Nesse quadro surge a importante presença do comunicador, suscitando interesse e curiosidade, promovendo programas de promoção da saúde pública e de prevenção de doenças coletivas na agenda midiática. Quanto à exclusão das grandes das benesses das ciências médicas, José R. Carneiro (1999, p. 7) lembra:

O mundo contemporâneo assiste a uma dramática deterioração das condições gerais de vida e saúde de segmentos cada vez maiores da população. Uma agenda de discussões carregada faz parte do repertório dos teóricos, políticos, empresários e trabalhadores; enfim, de toda a população. Uma ampla diversidade dessa agenda torna difícil identificar a importância relativa de cada um dos grandes temas atualmente em debate, tanto no Brasil quanto (especialmente) no exterior. Não passa despercebido, no entanto, o crescente interesse pelo que está ocorrendo na área. As razões mais evidentes a justificar esse interesse poderiam ser de natureza humanitária, diante da vergonhosa situação da saúde em grande parte do mundo.

Parece preocupante a situação da saúde na contemporaneidade, como um bem de acesso restrito àqueles que podem pagar pelos seus altos custos, como lembra o ex-ministro da Saúde José Serra (1999 p. 39):

Os meios de prevenção e tratamento das doenças foram se tornando mais sofisticados e caros. Não apenas face aos frutos crescentes da tecnologia, mas também porque, no passado,

existiam mais doenças sem possibilidade de tratamento e estas possibilidades foram sendo abertas ao longo do tempo.

A pesquisadora Virginia Silva Pintos (2003, p. 123) considera que

a saúde sofreu uma transformação substancial de paradigma nos últimos anos. De uma perspectiva que privilegiava a medicina como único fator de proteção sanitária, se chegou a uma visão que transcende o problema médico para implicar o entorno físico-ambiental e a situação econômico-social do indivíduo. A saúde, como conceito, foi desenvolvendo novos sentidos; transcendeu a esfera enfermidade/curativa (ausência de enfermidade), para abranger aspectos mais globais: alimentação, moradia, segurança, educação, nível socioeconômico, ecossistema, justiça social, igualdade e paz².

A saúde é um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. A representação comum de saúde e doença como extremos opostos unidimensionais é muito enganadora. Frijot Capra (1982, p. 301) ressalta que

a doença física pode ser contrabalançada por uma atitude mental positiva e por um apoio social, de modo que o estado global seja de bem-estar. Por outro lado, problemas emocionais ou o isolamento social podem fazer uma pessoa sentir-se doente, apesar de seu bom estado físico. Essas múltiplas dimensões da saúde afetam-se mutuamente, de um modo geral; a sensação de estar saudável ocorre quando tais dimensões estão bem equilibradas e integradas. A experiência de doença resulta de modelos de desordem que podem se manifestar em vários níveis do organismo, assim como nas várias interações entre o organismo e os sistemas mais vastos em que ele está inserido.

A saúde, portanto, é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social.

Nessa busca pelo equilíbrio, vem se difundindo uma abordagem holística da saúde, que, em vez de ênfase em medicamentos e cirurgias que buscam concertar o defeito de determinada parte do organismo, privilegia as técnicas não agressivas que buscam a integridade corpo-mente. Isso não quer dizer que as cirurgias e os medicamentos deixem de ser utilizadas. Contudo, esses recursos passam a ser aplicados em conjunto com técnicas não agressivas, como exercícios físicos, danças, meditação, entre outras, para que não apenas o lado físico seja tratado, mas o psicológico também.

² Tradução nossa.



Este entrelaçamento entre o social e o biológico, entretanto, vem sendo reivindicado até hoje. Luis Ramiro Beltrán (2001) aponta ainda a reafirmação da importância dos conceitos de promoção da saúde e de prevenção da doença quando representantes de 134 países se reuniram na ex-União Soviética em 1978, em evento promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Daí derivou a Declaração de Alma-Ata, conceitos que também seriam adotados pelo governo dos Estados Unidos no ano seguinte e que ganhariam grande amplitude em 1986, quando a OMS promoveu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá. Desta resultou um documento denominado Carta de Ottawa, “que definiu a promoção da saúde como o processo que consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre ela” (Beltrán, 2001b, p. 358). Tanto a reunião de Alma-Ata quanto a de Otawa tiveram a preocupação de demonstrar também a importância da comunicação dentro desse novo paradigma de promoção da saúde: “Visto que por definição a promoção deve alcançar seus fins por persuasão, não por coerção, se atribui universalmente à comunicação a qualidade de instrumento-chave para materializar tal política de saúde” (Beltrán, 2001b, p. 361)³.

A importância da divulgação científica e, dentro dela, de temas correlatos à saúde, vem referendando a consolidação da especialidade da comunicação da saúde. A relação entre comunicação e saúde veio se afirmando paulatinamente nos últimos anos; profissionais desses campos reconheceram e provaram que eles constituem dimensões da vida cuja articulação (ou ausência de) afeta de maneira direta a saúde e, em um sentido mais amplo, a qualidade de vida dos indivíduos, as famílias e as sociedades:

A comunicação para a saúde (ou comunicação em saúde) se refere não apenas a difusão e análises da informação,

atividade comumente denominada jornalismo científico ou jornalismo especializado em saúde, mas se refere também à produção e aplicação de estratégias comunicacionais “massivas e comunitárias” orientadas à prevenção, proteção sanitária e à promoção de estilos de vida saudáveis, assim como ao planejamento e implemento de políticas de saúde e educação mais globais (Pintos, 2000, p.122).⁴

Quando uma adolescente engravida, geralmente ela se vê numa situação não planejada e até mesmo indesejada. Na maioria das vezes a gravidez na adolescência ocorre entre a primeira e a quinta relação sexual. E quando a jovem tem menos de dezesseis anos, por sua imaturidade física, funcional e emocional, crescem os riscos de complicações como aborto espontâneo, parto prematuro, maior incidência de cesárea, ruptura dos tecidos da vagina durante o parto, dificuldades na amamentação e depressão. Por tudo isso, a maternidade antes dos dezesseis anos é desaconselhável.

³ As traduções de Beltrán são nossas.

⁴ Tradução nossa.



Para se analisar o comportamento reprodutivo das mulheres na América Latina, é importante abordar o período da adolescência por suas implicações sociais e econômicas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há um claro vínculo entre gravidez na adolescência e pobreza, revelado pela concentração de mães adolescentes pertencentes aos estratos de renda mais pobres. Assim, quando se analisa o nível educacional das mulheres, é possível verificar que quase metade das que não completaram o ensino fundamental foram mães adolescentes, contra apenas 7% das que completaram o segundo grau. A forte relação entre maternidade na adolescência e pobreza traz à tona um dos mecanismos de reprodução biológica da pobreza, que se traduz nas elevadas taxas de mortalidade infantil, desnutrição e outras graves carências da infância.

Como referimos acima, a saúde, enquanto conceito, vem se desenvolvendo e abrangendo questões mais globais, como a educação e a condição socioeconômica na qual os cidadãos estão inseridos e, para implementar as políticas de saúde, segundo o próprio entendimento da Organização Mundial da Saúde, a comunicação é uma peça-chave, persuadindo os cidadãos a adotarem e manterem comportamentos saudáveis. Assim, acreditamos profundamente que a análise das mensagens emitidas pela mídia impressa sobre a gravidez na adolescência, num panorama local, estadual e nacional, nos fornecerá diversos subsídios de como a questão da gravidez na adolescência vem sendo enquadrada pelos jornais selecionados para o presente projeto. Esses subsídios nos iluminarão na compreensão do ângulo que o debate sobre esse importante tema vem ganhando na mídia impressa e, a partir daí, buscar caminhos para o seu aperfeiçoamento.

COMUNICAÇÃO DA SAÚDE

É inegável a emergência do campo da comunicação da saúde, principalmente na última década, considerada como uma especialidade da subárea da comunicação científica. Universidades, associações de pesquisadores, publicações da área, organismos governamentais e diversas organizações voltadas para a saúde, no mundo todo, vêm demonstrando interesse em conhecer seus preceitos, utilizar suas estratégias, impulsionar seu crescimento. E isso, como procuraremos demonstrar a seguir, derivou também de uma nova visão da saúde, a qual estaria mais voltada para noções de promoção da saúde e de prevenção da doença, da qual a comunicação não pode estar separada. A prevenção é parte preponderante de um processo que inclui a apresentação e a avaliação de informação educativa, persuasiva, significativa e atraente, que possa influenciar na mudança de comportamento e resultar em comportamentos individuais e sociais sadios. Como lembra Rina Alcalay (1999, p. 192-193),

a importância da comunicação no âmbito da saúde é clara. Existe uma disparidade entre os avanços da medicina e o conhecimento e a aplicação destes para o público. Ainda que os profissionais da saúde tenham grandes conhecimentos sobre a prevenção das enfermidades e a promoção da saúde, não sabem necessariamente como comunicar efetivamente essa informa-



ção tão vital para a sociedade. Essa situação constitui o foco central do interesse da área de comunicação para a saúde, quer dizer, o estudo da natureza e a função dos meios necessários para fazer com que os temas de saúde cheguem às audiências e produzam efeito nelas.⁵

Novas maneiras de olhar a saúde estão sendo reveladas nos últimos anos, ampliando-se a compreensão de que ela se relaciona diretamente com o contexto e com o entorno físico-ambiental e a situação socioeconômica-cultural do indivíduo. Assim, ao se pensar na saúde, passou-se a considerar aspectos mais globais, como alimentação, moradia, segurança, educação, nível socioeconômico, ecossistema, justiça social, igualdade e paz. Da agenda contemporânea dos temas de saúde vêm fazendo parte a promoção e o fomento da adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis por parte da população. Sendo assim, a ideia presente hoje, que sintetiza o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde, é de que a saúde é um estado de bem-estar positivo, associado à adoção de atitudes, potencialidades e qualidades e não à mera ausência de enfermidades. Isso reforçou mais ainda a relevância dos programas comunicacionais, tendo a saúde encontrado na comunicação um componente fundamental e indispensável dentro dessa nova visão.

Esses são alguns dos motivos que, de acordo com Charles Salmon (1992), fazem da comunicação da saúde, enquanto intervenção um fenômeno que pode gerar muitas mudanças sociais:

Os pressupostos que fundamentam esse quadro mostram que as intervenções em saúde são vistas como fenômenos de mudança social em que os formuladores de políticas, planejadores, profissionais, ou outros, têm o objetivo de influenciar a saúde por meio de atitudes, comportamentos físicos e sociais.⁶

A intervenção e a comunicação em saúde surgem não só como uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informação, pois reconhece-se que a informação não é o suficiente para favorecer mudanças, mas é uma chave, dentro do processo educativo, para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida. Reconhece-se que a informação de qualidade, difundida no momento oportuno, com a utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde. O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento a valores, opiniões, tradições, culturas e crenças da comunidade, respeitando, considerando e reconhecendo as diferenças. Deve ainda apresentar informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis, para assim alcançar os objetivos almejados.

⁵ Tradução nossa.

⁶ Tradução nossa.



No cenário apresentado por Beltrán (2001a), ele remonta à Europa do início do século XIX, entre 1820 e 1840, quando os médicos William Alison, escocês, e Louis René Villermé, francês, estabeleceram relações entre pobreza e enfermidade. Na experiência do médico francês, pôde-se comprovar que as duras condições de vida e trabalho sob as quais viviam operários têxteis causavam sua morte prematura. Nesses estudos estaria centrada, segundo Beltrán, a noção extremamente atual de promoção da saúde, na qual a comunicação se engaja como um instrumento indispensável.

Beltrán (2001a) situou 1848 como um ano de suma importância dentro dessa mesma visão, quando se promoveu um movimento de reforma no conceito tradicional da medicina praticada na Alemanha. Esse movimento preconizava a atuação da medicina como ciência social e difundia uma visão da saúde como algo da responsabilidade de todos, não apenas do médico, cabendo ao Estado o papel de assegurá-la.

Mas somente um século depois essas ideias tiveram ressonância, quando o médico francês Henry Sigerist, então fixado nos Estados Unidos, despontou como historiador da medicina, revalorizando-as, reafirmando a noção de promoção da saúde e acrescentando as noções de prevenção e de cura. De seus ideais difundidos no início da década de 1940 repercutiram influências sobre a Organização Mundial da Saúde, que passou a adotar o conceito segundo o qual a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de dores ou enfermidades, como havíamos citado anteriormente.

Segundo Pintos (2002), o encontro das duas disciplinas – comunicação e saúde – foi constituindo uma área profissional específica e com intenções concretas:

- Assegurar uma adequada cobertura dos temas da saúde por parte dos meios massivos;
- Diminuir a brecha existente entre avanços da medicina e a incorporação destes pela população;
- Estudar as estratégias e os meios necessários para conseguir que as temáticas da saúde alcancem os públicos objetivos e produzam neles efeitos concretos;
- Motivar a população para temas como políticas de saúde e qualidade de vida;
- Gerar ações efetivas em favor da prevenção da enfermidade, da proteção e promoção da saúde integral.

O ano 1996 vem sendo lembrado como um marco importante para a consolidação da comunicação em saúde. Foi quando o primeiro número da revista *Journal of Health Communication*, da George Washington University, definiu o seguinte conceito de comunicação em saúde e antecipou sua difusão nos Estados Unidos e no resto do mundo:

Um campo de especialização dos estudos comunicacionais que inclui os processos de *agenda setting* para os assuntos de saúde: o envolvimento dos meios massivos com a saúde; a comu-



nicação científica entre profissionais da biomedicina, a comunicação médico/paciente; e, particularmente, o planejamento e a avaliação de campanhas de comunicação para a prevenção da saúde (Ratzan; Payne, Bishop, 1996).

No primeiro número da revista, um texto de autoria do pesquisador norte-americano Everett Rogers, intitulado “Up-to-date report” (Rogers, 1996, p. 15), ratifica a importância da comunicação da saúde, lembrando que esta começou em 1971, com o Stanford Heart Disease Prevention Program. Nesse programa, um cardiologista e um estudante de comunicação planejaram uma campanha de promoção da saúde que foi implementada em diversas comunidades da Califórnia. Sua concepção incluiu mensagens na mídia promovendo exercícios regulares, parar de fumar, mudanças na dieta e redução do *stress*. O programa estava baseado em três princípios teóricos: teoria do aprendizado social (Albert Bandura), teoria do marketing social (Philip Kotler e Eduardo L. Roberto) e teoria da difusão de inovações (Everett M. Rogers). Estes formaram a base de intervenções da comunicação desde então. Sobre o Stanford Heart Disease Prevention Program, bem como sobre a associação da comunicação com a saúde, Alcalay (1999, p. 192) recorda que

a origem dessa área de especialização em comunicação para a saúde se atribui a um projeto em particular, o Stanford Heart Disease Prevention Project⁷, dirigido pelo doutor Jack Farquahar, cardiologista, e pelo doutor Nathan Maccoby, professor de comunicação. Reconhecendo a importância dessa área de estudo, o governo dos Estados Unidos estabeleceu em 1993 a Oficina de Comunicação e Saúde localizada nos Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças (CDC).

Todo o quadro ascendente da comunicação da saúde vai ao encontro de nossa visão de que a evolução da medicina, da genética e das ciências humanas, entre outras, significa, também, o desenvolvimento do próprio homem. E é justamente na divulgação de sua evolução que se encontram possibilidades concretas para estender o novo conhecimento à sociedade, sendo primordial o papel do comunicador como “tradutor” entre as inovações surgidas e aquilo de que o público toma conhecimento.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, PROBLEMA EM ASCENSÃO

Atualmente há um aumento significativo de casos de gravidez em adolescentes. Em 1990, cerca de 10% das gestações ocorriam nessa faixa etária. Em 2000, portanto apenas dez anos depois, esse índice aumentou para 18%, ou seja, praticamente dobrou o número de mulheres que engravidam entre doze e dezenove anos. Apesar de hoje a sociedade ter se modernizado e as mulheres terem adotado um outro estilo de vida, e, principalmente, apesar da divulgação de métodos contraceptivos, “a cada ano mais jovens engravidem numa idade em que outras ainda dormem abraçadas com o ursinho de pelúcia” (Varela, 2007). A gravidez na adolescência é considerada de alto risco.

⁷ Projeto de prevenção das doenças do coração, de Stanford.



Os dados do Ministério da Saúde (MS, 2007) também ratificam que, no Brasil, a gravidez entre os quinze e dezenove anos cresceu, contrariando a tendência geral de diminuição das taxas de fecundidade. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996 demonstrou que 14% das mulheres nessa faixa etária tinham pelo menos um filho e que as jovens mais pobres tinham mais filhos do que as de melhor nível socioeconômico. Além disso, observou-se um aumento no percentual de partos de adolescentes de dez a catorze anos atendidas pela rede do SUS e, também, de curetagem pós-aborto. Na opinião dos especialistas, os dados evidenciam que “esta realidade, de origem multicausal, revela deficiências na implementação de políticas públicas, exigindo um movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude” (MS, 2007).

Consideramos muito significativo, ainda, o que indica o trabalho “Indicadores sobre crianças e adolescentes: Brasil, 1991-1996” (IBGE-Unicef, 1997), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). “Existe um acentuado vínculo entre a gravidez na adolescência, a pobreza e o nível educacional: quase metade das mães adolescentes não completaram o 1º grau”. Isso implica diretamente o fato de que a relação entre a maternidade na adolescência e a pobreza traz à tona graves problemas, como taxas de mortalidade infantil, desnutrição e outras carências à infância brasileira. Aquele trabalho também divulgou, entre outros dados, que no Sudeste 12,3% da população com mais de quinze anos tiveram filhos e no Nordeste, 13,6% nessa faixa de idade já é mãe.

Sendo assim, consideramos que a comunicação da saúde constitui um instrumento fundamental para oferecer meios de evitar ou postergar a segunda gravidez e as gravidezes seguintes. Ela conscientiza as adolescentes quanto a todas as implicações que a gravidez acarretará para sua vida adulta, orientando-as para uma vida saudável, o que pode ser visto como um direito de cidadania a ser assegurado.

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para explorar as questões de pesquisa expostas acima, decidimos examinar os textos jornalísticos selecionados para este estudo, usando quantitativa e qualitativamente a técnica da análise de conteúdo, cuja história foi descrita por Laurence Bardin (1977). O autor pontuou então que essa prática funcionava havia mais de meio século, tendo sido antecedida por diversas formas de abordar os textos, “de tradição longínqua” (Bardin, 1977, p. 14), como, por exemplo, pela hermenêutica, pela retórica e pela lógica. Afirmar ele que o nome que de fato ilustra seu aparecimento é o do pesquisador norte-americano Harold Lasswell, ao empreender análises de imprensa e de propaganda desde 1915:

Desde o princípio do século, durante cerca de quarenta anos, a análise de conteúdo desenvolveu-se nos Estados Unidos. Nesta época o rigor científico invocado é o da medida, e o material



analisado é essencialmente jornalístico. A Escola de Jornalismo da Colúmbia dá o pontapé de saída e multiplicam-se assim os estudos quantitativos dos jornais (Bardin, 1977, p. 15).

Sola Pool (apud Bardin, 1977, p. 20-21) resumiu as novas concepções que foram orientando a análise de conteúdo com o passar do tempo, as quais seriam divididas em “instrumental” e “representacional”:

De maneira grosseira, arrogamo-nos o direito de dizer que “representacional” significa que o ponto importante no que diz respeito à comunicação é o revelado pelo conteúdo dos itens léxicos nela presentes, isto é, que algo nas palavras da mensagem permite ter indicadores válidos sem que se considerem as circunstâncias, sendo a mensagem o que o analista observa. Grosso modo, “instrumental” significa que o fundamental não é aquilo que a mensagem diz à primeira vista, mas o que ela veicula dados os seus contextos e as suas circunstâncias.

A partir daí determina-se que a função da análise de conteúdo não é mais meramente descritiva, surgindo a importante noção de inferência: “A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (Bardin, 1977, p.38).

Na análise dos textos jornalísticos que consideraremos para nossa investigação, tentaremos reter fielmente as noções apresentadas acima. Isto é, de que essa técnica da análise de conteúdo nos fornecerá especialmente inferências que poderão ser extraídas das mensagens, com base nos seus enquadramentos, ou seja, oriundas do nosso esquema de interpretação de acordo com o referencial da análise de enquadramento. À medida que as informações obtidas são confrontadas com as existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para a análise das comunicações de massa. É, portanto, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Nessa fase, o pesquisador deve descobrir o conteúdo latente, não se detendo apenas no conteúdo manifesto. O conteúdo manifesto leva o pesquisador a apoiar-se em conclusões baseadas em dados quantitativos, numa visão estática e no patamar de simples denúncia de realidades negativas para o indivíduo e a sociedade. O conteúdo latente abre perspectivas, sem excluir a informação estatística, muitas vezes, para descobrir ideologias, tendências e enquadramentos dos fenômenos que se analisam.



ANÁLISE DE ENQUADRAMENTO

Selecionar, excluir e ordenar fatos e informações é o que acontece a todo momento, durante o processo de produção da notícia. Esse processo é trabalhado pelo jornalista e dá forma à mensagem jornalística, que é considerada o reflexo da nossa realidade. No entanto, essa mensagem parte de um determinado enquadramento.

Adotado pelo jornalista para apresentar a notícia, o enquadramento pode ser entendido como o ângulo de abordagem entre os inúmeros desdobramentos que podem ser adotados para tratar de um mesmo assunto.

De acordo com Murilo César Soares (2006), a noção de enquadramento foi desenvolvida por norte-americanos, sendo a obra *Frame analysis*, do sociólogo Erving Goffman (1986), a referência principal sobre o assunto. Para esse sociólogo, os enquadramentos são definidos como marcos interpretativos construídos socialmente, que permitem às pessoas atribuir sentidos aos acontecimentos e às situações sociais, basicamente, respondendo à pergunta: “O que está acontecendo aqui?”. Seguindo o pensamento de Goffman (1986), podemos dizer que enquadramentos são maneiras de interpretar e dar sentido ao que se passa ao nosso redor.

A socióloga Gaye Tuchman (1978) foi quem primeiro aplicou o conceito de enquadramento no campo dos estudos comunicacionais, defendendo que o enquadramento constitui uma característica das notícias. Há, portanto, forças que agem e influenciam durante a organização do discurso. O que faz o jornalista escolher uma informação e excluir outra, buscar uma determinada fonte ou destacar certos dados está ligado às ideias que formam o caráter do jornalista. Essas ideias estão relacionadas a preconceitos, modo de vida, condição econômica, posicionamento político, espaço, tempo, entre outros fatores.

Dessa forma, podemos afirmar que enquadramento é o modo pelo qual cada pessoa interpreta todas as coisas e lhes dá sentido a partir da eleição daquilo que lhe é compreensível e aceitável. Da mesma forma o jornalista, na prática, reproduz os fatos e as informações de acordo com sua interpretação e seu sentido.

No que se refere à área das notícias de saúde, inúmeros estudos vêm sendo realizados com o intuito de examinar seu enquadramento ou *framing* (Lima e Siegel, 1999; Menashe e Siegel, 1998; Meyerowitz e Chaiken, 1987). Julie C. Lima e Michael Siegel (1999), por exemplo, dedicaram-se a encontrar o enquadramento das notícias publicadas na mídia acerca do debate nacional sobre o tabaco nos Estados Unidos, durante os anos 1997-1998. Por meio de uma análise de conteúdo aplicada em artigos extraídos do jornal *Washington Post*, os pesquisadores examinaram as principais tendências de enfoque dessas notícias sobre o debate nacional das políticas do tabaco, considerado o debate mais importante sobre o tema na



história recente daquele país, tendo estado presente nas manchetes dos jornais quase que diariamente durante aquele período. Dizem os autores

Porque a cobertura da mídia ao debate das políticas do tabaco durante 1997-1998 foi tão extensa, o modo pelo qual o problema do tabaco foi enquadrado durante este debate pode influenciar a formação das suas políticas de ação no futuro (Lima; Siegel, 1999, p. 247).⁸

A forma pela qual a mídia cobria a questão do regulamento do debate – portanto o seu *framing* ou seu enquadramento – fez os pesquisadores perceberem como os argumentos eram arranjados para definir o problema do tabaco. Não apenas se sugeria aos responsáveis por suas políticas e ao público por que o problema do tabaco é importante, mas definia as soluções apropriadas para o problema. “Em outras palavras, a mídia diz para as pessoas não somente sobre quais questões pensar, mas como pensar sobre as mesmas” (Lima; Siegel, 1999, p. 247). Para esses autores, a influência da mídia no modo como o público reage a uma questão de saúde pública é um resultado do enquadramento (*framing*) dessa questão. “Um *frame* é um modo de embalar e posicionar uma questão até que ela conduza a um certo significado” (Lima; Siegel, 1999, p. 247). Além disso, afirmam que o modo no qual uma questão de saúde pública é enquadrada, afeta a opinião pública, influencia o comportamento individual e desempenha um papel central no processo da formação das políticas de saúde pública (Lima; Siegel, 1999).

Lima e Siegel dizem que

é importante notar que nossa proposta aqui não é criticar a cobertura da mídia no regulamento do tabaco. Nós estamos simplesmente tentando caracterizar esta cobertura e considerar as potenciais implicações no modo como o debate foi enquadrado.

O estudo de Lima e Siegel (1999) tornou-se decisivo para demonstrar como questões da saúde podem sofrer diferentes interpretações da maneira como são estruturadas/enquadradas nas notícias da mídia, segundo a análise de conteúdo utilizada por eles com o aparato teórico metodológico da análise de enquadramento ou *framing theory*.

A *framing theory* ou análise de enquadramento considera que nas notícias ocorre mais do que apenas “trazer” ao público certos tópicos. O modo pelo qual as notícias são trazidas, o enquadramento (*frame*) no qual elas são apresentadas, é também uma escolha feita pelos jornalistas. Segundo Robert H. Wicks (2005, p.339),

⁸ É nossa a tradução de citações de Lima e Siegel.

frames tornam as pessoas aptas a avaliar, conduzir e interpretar informações baseando-se em construções conceituais compartilhadas. Desse modo, mensagens da mídia contêm sugestões contextuais oferecidas por comunicadores profissionais para ajudar pessoas a entender a informação.⁹

Assim, um *frame* representa o modo como a mídia e os editores da mídia organizam e apresentam as questões que eles cobrem, e o modo como as audiências interpretam o que eles estão oferecendo. *Frames* ou enquadramentos são noções abstratas que servem para organizar ou estruturar significados sociais. A *framing theory* ou análise de enquadramento também defende que a forma “como” algo é apresentado influencia nas escolhas que as pessoas fazem.

Ainda que a objetividade seja um objetivo de jornalistas profissionais, as mensagens construídas por eles sempre estarão carregadas por um conjunto de práticas ou tradições organizacionais e também por suas opiniões e crenças, resultando em mensagens como representações da realidade apresentada por seus próprios prismas. Orientações de cunho político ou econômico particulares de cada meio de comunicação, práticas organizacionais, as próprias crenças do comunicador e as estratégias para atrair audiências acabam influenciando no enquadramento das mensagens da mídia.

Categorias de análise

À luz da análise de conteúdo e da análise de enquadramento, construímos um protocolo com categorias de análise em consonância com os objetivos da comunicação da saúde, cujos conotadores são:

- Corpo, saúde, sexualidade e trajetórias contraceptivas na adolescência;
- Sexo seguro: prevenção da gravidez não desejada, das DSTs/aids e do câncer de colo uterino;
- Iniciação sexual e relações de gênero na gestação na adolescência;
- Rastreamento, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis;
- Educação sexual nas escolas e nos serviços de saúde.

Para analisar o enquadramento dado pela mídia ao tema gravidez na adolescência, elaboramos um protocolo de análise, que segue os parâmetros exibidos na tabela 1, a seguir.

⁹ Tradução nossa.

Tabela 1 – Categorias de análise

Categorias de análise	Gênero	Assunto	Argumento	Linguagem	Público-alvo
Corpo, saúde, sexualidade e trajetórias contraceptivas na adolescência	-----	-----	-----	-----	-----
Sexo seguro: prevenção da gravidez não desejada, das DSTs/aids e do câncer de colo uterino.	-----	-----	-----	-----	-----
Iniciação sexual e relações de gênero na gestação na adolescência	-----	-----	-----	-----	-----
Rastreamento, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis	-----	-----	-----	-----	-----
Educação sexual nas escolas e nos serviços de saúde	-----	-----	-----	-----	-----

Análise de dados

Como material para a análise de dados, selecionamos uma amostragem do jornal local *O Nacional*, de Passo Fundo (RS). Escolhemos três meses – abril, julho e setembro de 2011 – de forma aleatória. Selecionamos uma semana de cada um desses três meses, para embasar nossa pesquisa. Essas semanas corresponderam aos dias 25 a 30 de abril, 25 a 31 de julho, 24 a 30 de setembro.



Nessa amostragem selecionada, não encontramos nenhuma matéria, reportagem, nota ou citação sobre o tema de nosso estudo, gravidez na adolescência. Para complementar a nossa pesquisa, outros passos – não no presente texto – são, como já dito, as avaliações de nossas segunda e terceira amostragens, sobre um periódico de circulação estadual, o jornal *Zero Hora*, de Porto Alegre (RS), e um jornal nacional, a *Folha de S.Paulo*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das principais ferramentas (se não a principal) para intervir na saúde é a comunicação. No âmbito da saúde, a comunicação diz respeito ao estudo e à utilização de estratégias para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem sua saúde.

Essa definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. Não se trata somente de promover a saúde, embora, estrategicamente, essa seja a área de maior importância..

De fato, a comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes, tais como:

- Promover e educar para a saúde;
- Evitar riscos e ajudar a lidar com as ameaças para a saúde;
- Prevenir doenças;
- Sugerir e recomendar mudança de comportamento;
- Recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidado;
- Informar sobre a saúde e sobre as doenças.

É visível, assim, que a comunicação em saúde tem influência importante, tanto em nível individual, quanto no nível da comunidade. Em nível individual, ela ajuda a tomar consciência das ameaças à saúde, pode influenciar quanto a mudanças que visam reduzir os riscos, bem como reforça atitudes de comportamentos favoráveis à saúde. No nível da comunidade, pode promover mudanças favoráveis nos níveis socioeconômicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida.

Quando falamos em gravidez na adolescência, a importância da comunicação não muda. Segundo dados do Ministério da Saúde, os maiores índices de gravidez na adolescência estão entre os menos favorecidos, com acesso limitado tanto à comunicação e à troca de informações, como



aos meios de prevenção. O comunicador da saúde tem assim um papel fundamental na busca pela mudança dessa realidade. Seu dever é informar o público (leitor e/ou alvo da intervenção) acerca das consequências trazidas por uma gravidez durante o período da adolescência. Mais do que isso, o comunicador precisa informar também sobre as formas de prevenção, tanto da gravidez, quanto das DSTs.

É importante ter em mente que os promotores da saúde devem estar completamente voltados para a disseminação da prevenção, pois, no caso da gravidez na adolescência, a problemática abordada não é uma doença. É uma consequência que muda totalmente a vida das pessoas.

Há que se apresentar todos os aspectos e todas as mudanças acarretadas pela gravidez, para que, assim, cada adolescente forme sua consciência e, principalmente, esteja ciente das consequências de seus atos. Dessa forma, o dever do comunicador de saúde, como interventor, é informar sobre todos os aspectos, a fim de criar o hábito da prevenção, e não impor ações, porque a percepção que cada pessoa tem sobre o assunto varia de acordo com sua cultura.

Em alguns países, como a China, que não possui mais capacidade territorial para absorver um número elevado de indivíduos, a maternidade é controlada pelo governo e cada casal só pode ter um filho. Em outras culturas, como em tribos indígenas e alguns países africanos, gravidez é sinônimo de saúde, riqueza e prosperidade.

No Brasil, onde não há controle de natalidade e o planejamento familiar e a educação sexual ainda são assuntos pouco discutidos, a gravidez acaba tornando-se, muitas vezes, um problema social grave e de difícil solução. É o caso da gravidez na adolescência.

O fato de não termos encontrado o tema gravidez na adolescência em nenhuma das edições do jornal *O Nacional* selecionadas para a nossa amostragem, reflete que, em nível local, a mídia não está preocupada com o assunto ou não está dando a ênfase necessária. Alguns comunicadores e veículos consideram esse tema um pouco ultrapassado, porque já foi notícia por diversas vezes. Porém, é necessário lembrar que o público adolescente se renova a cada ano e que, pelo fato de os adolescentes iniciarem cada vez mais cedo sua vida sexual, a preocupação com a prevenção tem que ser constante.

A desinformação e a fragilidade da educação sexual são questões muito problemáticas. As escolas e os sistemas de educação estão muito mais preocupados em trabalhar matérias cobradas no vestibular, como física, química, português, matemática etc., do que em discutir questões de cunho social. Dessa forma, temas como sexualidade, gravidez, drogas, entre outros, ficam restritos, quase sempre, a projetos, feiras de ciência, semanas temáticas, entre outras ações pontuais. Os governos, por sua vez, também se limitam às campanhas esporádicas. Além disso, em geral essas campanhas não primam pela conscientização, mas apenas pela informação a respeito de métodos contraceptivos.



É por esse motivo que a comunicação da saúde, trabalhada pela mídia, tem tamanha importância. É a forma mais fácil de atingir o maior número de pessoas e fazer com que estas reflitam sobre a gravidez na adolescência, criando uma cultura de prevenção e melhorando seu estilo de vida.

O fato de a mídia local não dar a esse tema a atenção necessária quer dizer muito, pois mostra que os adolescentes com acesso a ela não estão recebendo nenhuma informação acerca de como se prevenirem quanto aos problemas causados pela gravidez na adolescência e pelas doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros.

REFERÊNCIAS

ALCALAY, Rina. La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Panam Salud Pública*, v. 5, n. 3, 1999.

BANDURA, Albert. *Social learning theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1977.

_____. Social cognitive theory of mass communication. In: *Media effects: advances in theory and research*. Hillsdale (NJ); Hove (UK): Lawrence Erlbaum Associates, 1994.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELTRÁN, Luis Ramiro. Promoción de la salud: una estrategia revolucionaria cifrada en la comunicación. *Comunicação & Sociedade*, São Bernardo do Campo (SP), PósCom-Umesp, a. 22, n. 35, p. 139-158, 1o. sem. 2001a.

_____. La importancia de la comunicación en la promoción de la salud. In: MARQUES DE MELO, José et al. (Org.). *Midia e saúde*. Adamantina (SP): Unesco / Umesp / FAI, 2001b.

BERTOL, Sonia R. Schena. *Tarso de Castro, editor de O Pasquim*. Passo Fundo (RS): Editora UPF, 2001.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1986.

CARVALHEIRO, José R. Os desafios para a saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo: USP, v. 13, n. 35, jan.-abr., p. 7-20. 1999.

GOFFMAN, Erving. *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press, 1986.

IBGE-UNICEF. Indicadores sobre crianças e adolescentes: Brasil, 1991-1996. Rio de Janeiro: IBGE / Unicef, 1997.

KOTLER, Philip; ROBERTO, Eduardo L. *Social marketing: strategies for changing public behavior*. Nova York: Free Press, 1989.

LIMA, Julie C.; SIEGEL, Michael. The tobacco settlement: an analysis of newspapers coverage of a national policy debate, 1997-98. *Tobacco Control*, v. 8, p. 247-253, 1999.



MENASHE, Claudia L.; SIEGEL, Michael. The power of a frame: an analysis of newspaper coverage of tobacco issues. United States, 1985-1996. *Journal of Health Communication*, Taylor & Francis Group, n. 3, p. 307-326, 1998.

MEYEROWITZ, Beth E.; CHAIKEN, Shelly. The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 52, p. 500-510, 1987.

MS – Ministério da Saúde. Portal da Saúde – SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=259>. Acesso em: 13 jan. 2007.

PINTOS, Virginia Silva. Comunicación y salud. In: *Inmediaciones de la Comunicación*. Vol 3. Montevideo: Universidad Ort Uruguay, 2000.

RATZAN, Scott C.; PAYNE, J. Gregory.; BISHOP, Carol. The status and scope of health communication. *Journal of Health Communication*, v. 1, n. 1, p. 25-41.1996.

ROGERS, Everett M. *Diffusion of innovations*. 4. ed. New york: The Free Press, 1995.

_____. Up-to-date report. *Journal of Health Communication*, v. 1, n. 1, p. 15-23, 1996.

SALMON, Charles T. Bridging theory “of” and theory “for” communication campaigns: an essay of ideology and public policy. *Communication Yearbook*, Newbury Park (CA), Sage, v. 15, p.346-358,1992.,

SERRA, José. A questão da saúde no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, USP, v. 13, n. 35, p. 39-50, jan.-abr. 1999.

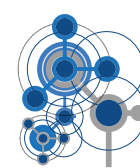
SOARES, Murilo Cesar. Análise de enquadramento. In: *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2006.

TUCHMAN, Gaye. *Making news: a study in the construction of the reality*. New York: The Free Press; London: Collier Macmillan Publishers, 1978.

VARELLA, Drauzio. *Gravidez na adolescência*. Disponível em: <http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/gravidez_adolescencia.asp>. Acesso em: 13 jan. 2007.

WICKS, Robert H. Message framing and constructing meaning: an emerging paradigm in mass communication research. *Communication Yearbook*, Mahwah (NJ); London, v. 29, p. 333-361, 2005.

Recebido em: 05.03.2012 / Aceito em: 04.06.2012





Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira

The challenges of interpersonal communication in Brazilian public health

Los desafíos de la comunicación interpersonal en la salud pública brasilera

Simone Alves de Carvalho

- Mestre em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- MBA em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (IBE-FGV)
- Especialista em Propaganda e Marketing pela Universidade São Judas Tadeu (USJT)
- Bacharel em Comunicação Social com habilitação em Relações Públicas, pela ECA-USP
- Ouvidora do IOT-HC-FM-USP
- Docente universitária e coordenadora acadêmica da Anhanguera Educacional
- Ministrou disciplinas em divras instituições de ensino uperior
- E-mail: simonecarvalho@usp.br



Resumo

A saúde pública no Brasil é uma questão complexa, assim como a comunicação interpessoal entre aqueles que trabalham nas organizações de saúde e com aqueles que utilizam os serviços destas. Apresentamos neste artigo um breve histórico sobre a saúde no Brasil, a definição de comunicação interpessoal e uma discussão sobre a importância da ouvidoria em hospitais públicos, além de um breve estudo de caso. O texto discute esses temas e propõe uma reflexão sobre o setor.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE PÚBLICA • COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL • OUVIDORIA

Abstract

Public health in Brazil is a complex issue, as well as interpersonal communication among those who work in health organizations and with those who use their services. We present in this article a brief history of health in Brazil, a definition of interpersonal communication and a discussion of the importance of the ombudsman in public hospitals, followed by a brief case study. The text discusses these issues and proposes a reflection on the public health system.

KEYWORDS: PUBLIC HEALTH • INTERPERSONAL COMMUNICATION • OMBUDSMAN

Resumen

La salud pública en el Brasil es un tema complejo, así como la comunicación interpersonal entre aquellos que trabajan en organizaciones de salud y con quienes utilizan sus servicios. Presentamos en este artículo un breve histórico sobre la salud en Brasil, la definición de la comunicación interpersonal y una discusión sobre la importancia de la defensoría en los hospitales públicos, además de un breve estudio de caso. El texto versa sobre estas cuestiones y propone una reflexión sobre el sector.

PALABRAS CLAVE: SALUD PÚBLICA • COMUNICACIÓN INTERPERSONAL • DEFENSORÍA



A questão da saúde pública brasileira é muito complexa. De um lado temos hospitais vinculados a universidades com pesquisas de vanguarda, de outro temos problemas estruturais, falta de equipamentos e de profissionais. A população está envelhecendo e aumentado sua expectativa de vida, tornando a área da saúde, especialmente a pública, um tema constante na discussão dos direitos do cidadão.

Nessa área, com tantas diferenças em quesitos fundamentais da assistência para a saúde, uma questão que é pouco discutida dentro das próprias organizações é a comunicação interpessoal, seja por falta de interesse, seja por pouco pessoal da área de comunicação trabalhando nessas organizações. O objetivo deste artigo é analisar a importância da comunicação interpessoal e seus desafios dentro desse cenário. Salientamos que optamos por manter anônimo o hospital em cujos dados nos baseamos.

SAÚDE NO BRASIL

Conforme relata Eduardo Perillo (2006), a preocupação com a saúde no Brasil tem início com as santas casas de misericórdia, ligadas à Igreja Católica, com os primeiros colonizadores. Em 1829 é fundada a Academia de Medicina do Rio de Janeiro e na segunda metade do século XIX são colocados em prática instrumentos para driblar as epidemias de febre amarela e varíola surgidas na então capital do país. A prática higienista daria lugar à prática sanitarista, notadamente pela atuação de Oswaldo Cruz, que conseguiu controlar epidemias de varíola e febre tifoide, entre outras. Com o processo de industrialização do país, os investimentos em atenção coletiva abriu espaço para a atenção especializada e, com Carlos Chagas, foram realizados esforços para combater novas epidemias de febre amarela, malária, lepra e tuberculose e outras.

Getúlio Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde Pública e na década de 1940 foram construídos hospitais e sanatórios específicos para cada tipo de afecção, além da adoção da terapia medicamentosa com a produção em larga escala da penicilina. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e, com o incremento da massa populacional urbana, verifica-se o aumento da prestação de serviços de assistência médica. Até a década de 1960, a assistência médica era baseada nas instituições públicas, filantrópicas e de misericórdia, e após o golpe de 1964 houve um acentuado desenvolvimento do segmento privado de atenção à saúde. A Constituição de 1988 apregoa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, entretanto o Sistema Único de Saúde (SUS), após mais de das décadas de sua criação, “ainda está bastante distante de ser uma realidade nacional, embora muitos avanços tenham sido feitos e existam ilhas de excelência (...) nos procedimentos mais complexos, como transplantes” (Perillo, 2006, p. 250). A produção de insumos nacionais é desenvolvida, porém ainda somos dependentes da importação de materiais e equipamentos, por investirmos pouco em pesquisa e desenvolvimento.



Para Tania Pedrosa e Renato Couto (2007), desde o ano 2000, o aumento da oferta de leitos vem aumentando, apesar da diminuição do número de hospitais, o que pode ser explicado pelo avanço dos procedimentos minimamente invasivos e das condições higiênico-sanitários mais adequadas.

Perillo (2006) ainda defende que a solução para os problemas estruturais da saúde no Brasil não necessariamente pressupõe o investimento de maiores recursos públicos, mas que inicialmente devem ser investigadas as deficiências estruturais do sistema e implantadas melhorias na gestão, objetivando aumento de produtividade e qualidade do atendimento.

Outro ponto relevante é a questão da “revolução demográfica” conforme assinalado por Devani Salomão (2011, p. 295). O fato é que, com o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de fecundidade, “as políticas públicas de saúde não estão se preparando adequadamente para essa modificação do contingente populacional”. Em outras palavras, as problemáticas técnicas e de logísticas tendem a continuar e acreditamos que a comunicação interpessoal entre os serviços de saúde e os pacientes e seus familiares, se não passarem por uma melhoria abrangente, irão contribuir para uma percepção ainda mais negativa dos serviços oferecidos.

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Em qualquer organização, como escolas, bancos, serviços e saúde, lidar com pessoas é essencial. Saber lidar com pessoas é uma das características mais importantes que esse trabalhador deve possuir. Em um hospital, objeto de nosso estudo, atender diretamente as pessoas corresponde à maior parte do trabalho: o paciente chega ao registro, onde faz sua ficha para atendimento, passa por exames e consultas rotineiras, é encaminhado ao Serviço Social, faz o pré-operatório com a enfermagem, após a cirurgia aguarda a alta médica nas enfermarias, retorna para exames e consultas pós-operatórias. Em todos esses momentos, ele é atendido por pessoas, muitas vezes sem o treinamento adequado ou sem habilidade pessoal para o atendimento.

A comunicação interpessoal é entendida como “a comunicação entre os indivíduos, como as pessoas se afetam mutuamente e, assim, se regulam e controlam uns aos outros” (Kunsch, 2003, p. 81). Ou seja, é a comunicação entre as pessoas, a maneira como elas oferecem e recebem informações, e o processamento destas dependerá da competência dos interlocutores.

Para David Berlo (1999, p. 109), “em qualquer situação de comunicação, fonte e receptor são interdependentes”, e essa interdependência pode levar à empatia, definida pelo mesmo autor como “a capacidade de projetarmo-nos dentro das personalidades de outras pessoas” (Berlo, 1999, p. 124), qualidade também frisada por Fred Lee (2009).



Um dos objetivos principais da comunicação interpessoal é tentar evitar ou diminuir conflitos e mal-entendidos, buscando solucionar problemas e oferecer sugestões. Entretanto, para que tais resultados sejam alcançados, todos os envolvidos devem estar de comum acordo ou em busca de uma alternativa viável para todos. E este é o problema, pois muitas vezes, nos recusamos a fazer concessões, o que vale tanto para o paciente quanto para o profissional envolvido.

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL NA SAÚDE PÚBLICA

Devemos observar que a comunicação interpessoal na saúde pública perpassa pelo conceito de comunicação pública, que

tem as seguintes finalidades principais: responder à obrigação que as instituições públicas têm de informar o público; estabelecer uma relação de diálogo de forma a permitir a prestação de serviço ao público; apresentar e promover os serviços da administração; tornar conhecidas as instituições (comunicação interna e externa); divulgar ações de comunicação cívica e de interesse geral; e integrar o processo decisório que acompanha a prática política (Monteiro, 2009, p. 39).

Manter o público informado é obrigação da administração pública, uma vez que estamos tratando da coisa pública, no sentido da *res publica* (coisa pública). Entretanto, devemos ressaltar que a simples transmissão de informação não representa um processo completo de comunicação, pois esse processo configura a relação dialógica entre sociedade e governo. Os serviços oferecidos à população também devem ser objetos de melhor e mais efetiva comunicação pública, pois a população desconhece a profundidade de seus direitos e deveres, por serem estes pouco divulgadas, apesar do amplo interesse do tema.

Na área da saúde, especialmente a pública, em que os servidores públicos estão protegidos pela estabilidade empregatícia, a comunicação interpessoal carece de empatia entre os funcionários e os pacientes e seus acompanhantes. Para Lee (2009), os hospitais deveriam se preocupar em oferecer mais cortesia aos pacientes do que demonstrar eficiência. Esta pode ser obtida com melhores maquinários e investimentos em pesquisa, mas a cortesia só pode ser oferecida por outro ser humano. Dentro de um hospital, observamos que os conflitos interpessoais muitas vezes surgem de atitudes e reações inesperadas ou mal compreendidas.

Esses conflitos interpessoais são observados em todas as áreas do hospital, em que os funcionários dos diversos setores se desentendem com os pacientes e seus acompanhantes, motivados por cansaço, estresse, deficiência de equipamentos e materiais, salários baixos, falta de pessoal e outros problemas intrínsecos à área da saúde pública; e cabe à sociedade, na figura do governo, fiscalizar e melhorar os processos. As dificuldades de se comunicar em uma organização é uma constante. Maria Alzira Pimenta (2002, p. 27) observa que “os laços afetivos entre as pessoas são mais tênues ou inexistem”, dificultando a desejada empatia entre pacientes e profissionais da saúde.



Os profissionais das equipes médicas e de enfermagem, diretamente envolvidas no tratamento do paciente, internado ou não, e seus familiares, esquecem-se de que aquele paciente é, antes de tudo, um ser humano. Este, muitas vezes, antes das manifestações de suas patologias e suas decorrências físicas e psicológicas, tinha autonomia sobre suas atividades cotidianas e as perdeu a partir do momento em que está internado e sob os cuidados daquelas equipes, conforme descrito por Maria Júlia Silva (2002).

A comunicação interpessoal na área da saúde deve levar em consideração alguns critérios básicos para assegurar a qualidade dessa comunicação: responsividade, prestação imediata dos serviços solicitados pelo paciente ou por seu acompanhante; confiança, competência técnica e cortesia; empatia, se colocar no lugar do paciente; tangibilidade, instalações físicas e equipamentos funcionando e com bom aspecto (Borba, 2003). O paciente e seu acompanhante prestarão atenção nesses aspectos e a sua adequação tenderá a facilitar seu processo de percepção positiva do serviço de saúde.

É interessante observarmos que a formação acadêmica dos médicos dificilmente contempla a importância da comunicação interpessoal entre o profissional da saúde e o paciente. O *ranking do Guia do estudante* (2010) aponta como os melhores cursos de medicina os das seguintes instituições: UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul); Unicamp (Universidade Estadual de Campinas); Unifesp (Universidade Federal de São Paulo); USP (Universidade de São Paulo) e USP Ribeirão Preto. Nas grades curriculares desses cursos, de modo geral, é apresentada apenas uma disciplina voltada ao entendimento da comunicação com o paciente. Suas ementas são bastante rasas e o aluno de graduação provavelmente não vê a importância daquela matéria em meio a tantas outras específicas de sua área. Entendemos essa pouca exposição aos conceitos comunicacionais interpessoais como uma falha no processo educacional do médico. Afinal, em sua carreira profissional, ele tratará com pacientes todo o tempo e terá que ouvi-los, saber interpretar suas queixas e explicar a eles suas enfermidades e os procedimentos para o tratamento.

O PAPEL DA OUVIDORIA NA SAÚDE PÚBLICA

A Lei de Proteção de Defesa do Usuário do Serviço Público do Estado de São Paulo (Lei n. 10.294, de 1999) e o Decreto n. 44.074, de 1999, instituíram e estabeleceram as competências e atividades da ouvidoria no Estado de São Paulo. A legislação vigente oferece legalidade, mas não garante legitimidade. Muitos administradores acreditam que a ouvidoria existe apenas para apontar defeitos da organização e para culpar os médicos das ineficiências do sistema. Edson Vismona (2011, p. 35) é taxativo ao afirmar que

a falta de compreensão da efetiva missão da ouvidoria nas instituições – representar os legítimos interesses do cidadão, atuando no aperfeiçoamento do relacionamento, prevenindo conflitos e aproximando as instituições das expectativas do consumidor ou usuário dos serviços



– tem causado resistências nas instituições. Mesmo na administração pública, com a determinação legal da implantação das ouvidorias, os dirigentes, desconhecendo o seu propósito, não entendendo o seu alcance na melhoria dos serviços e do relacionamento com o cidadão, muitas vezes não apoiam o desenvolvimento dos seus trabalhos, prejudicando os seus resultados.

A ouvidoria “é um lugar onde os conflitos são mediados e constitui um ancoradouro seguro para aqueles que se sentem desamparados na relação com o Estado” (Complak, 2010, p. 189). Por esse motivo, deve trabalhar para assegurar ao paciente qualidade no seu tratamento, podendo utilizar como norteador os onze cês do marketing de relacionamento, a saber: *cliente* – empatia com o paciente propriamente dito; *categoria* – serviços que são oferecidos pela unidade; *capacidade* – consistência do serviço, expertise e credibilidade; *custo* – correta utilização das verbas recebidas do governo; *controle* – uso adequado dos recursos; *colaboração* e *customização* dos processos; *comunicação* entre todos os setores; *cálculos* – para cobrar os órgãos reguladores; *controle* dos dados do paciente; e *cadeia de relacionamento*, no que diz respeito aos insumos e materiais recebidos de fornecedores por meio das licitações (Gordon, 2002).

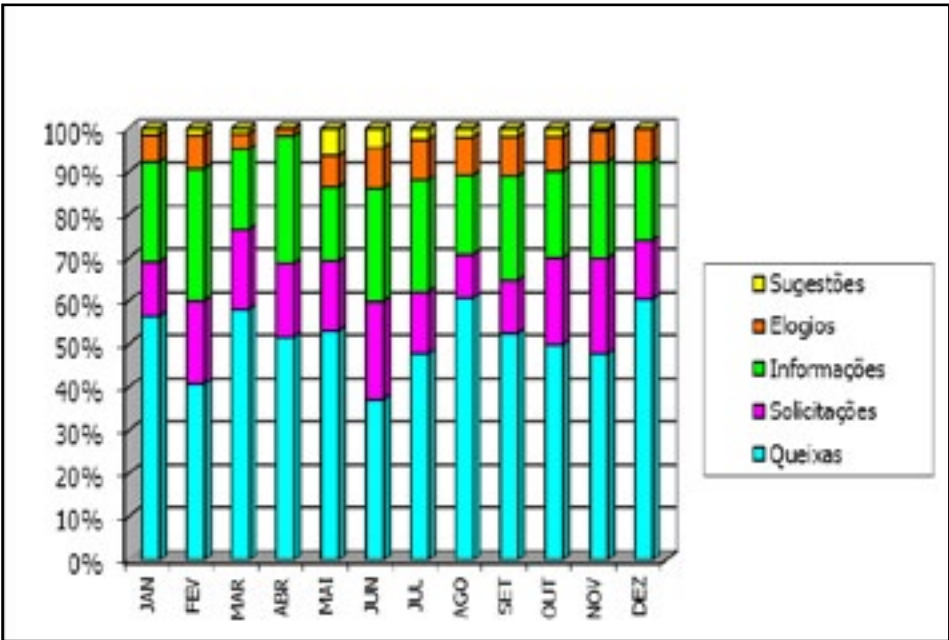
Luiz C. lasbeck (2010, p. 17) afirma que “a função básica e fundamental de toda e qualquer ouvidoria é proporcionar efetividade na troca bilateral de informações entre públicos e organizações, administrando intenções, interesses, motivações, conflitos e demais afetos”. Em outras palavras, a ouvidoria é fundamental no processo de comunicação interpessoal com o paciente e seu acompanhante porque ela constitui

um espaço democrático de participação e de representação, para trabalhar no tratamento dos conflitos e para atuar na prevenção. No setor público, a comunicação é, muitas vezes, falha, e os usuários – mal informados – não sabem nem mesmo a quem ou aonde se dirigir. Normalmente, quando o cidadão procura pela ouvidoria, ele chega cansado, insatisfeito e irritado (Iervolino, Armada; Moraes, 2011, p. 170).

A ouvidoria também pode auxiliar no processo de gestão pública, pois “assegura o direito de manifestação do cidadão sobre os serviços e informações que lhes são prestados, atuando (...) como agente de modernização administrativa” (Imbroisi, 2055, p. 107), apontando oportunidades de melhoria em todos os aspectos sociais, políticos e afins que aflijam a sociedade.

Para ilustrar os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira, apresentamos alguns dados sobre as queixas mais frequentes recebidas durante 2011 em um dos maiores hospitais públicos do Brasil. Localizado em São Paulo, teve no ano uma frequência superior a novecentos atendimentos diários. Observamos que muitos pacientes afirmam temer ações persecutórias por parte dos médicos caso façam queixas ou denúncias na ouvidoria, o que reduz o número de manifestações em relação ao potencial de atendimento da ouvidoria. O gráfico 1 apresenta as demandas da ouvidoria, distribuídas nas categorias: queixas; solicitações; informações; elogios e agradecimentos; sugestões.

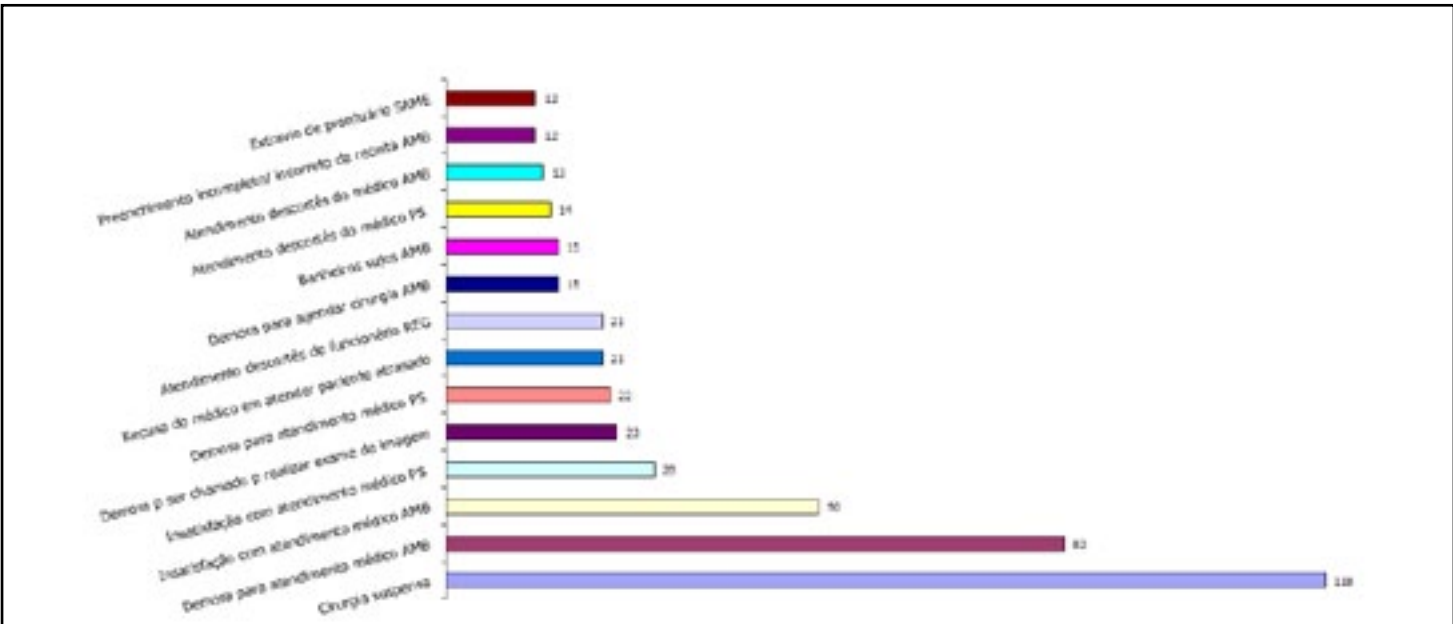
Gráfico 1 – Manifestações dos usuários em 2011



Fonte: Autora, com base em dados de 2011 da Ouvidoria

O gráfico 2 apresenta as queixas mais frequentes em 2011, mostrando que a liderança das reclamações fica com a suspensão de cirurgias, cujo índice gira em torno de 25% de suspensão das cirurgias programadas. Esse item está relacionado com alta demanda, falta de equipamentos e materiais e infraestrutura limitada para atendimento cirúrgico. A questão da demora para atendimento médico é causada pela demanda diária acima da capacidade instalada do hospital.

Gráfico 2: Queixas mais frequentes recebidas na Ouvidoria em 2011

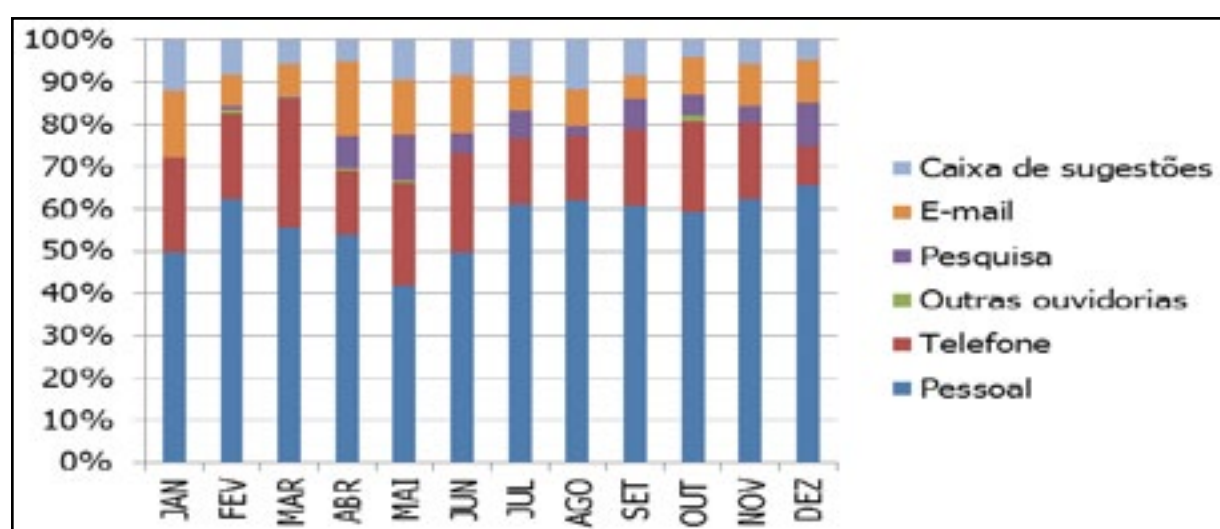


Fonte: Autora, com base em dados de 2011 da Ouvidoria

O próximo item das queixas mais frequentes é o tema deste artigo, a comunicação interpessoal. As reclamações referentes à insatisfação com atendimento e ao atendimento descortês, sejam de médico, enfermagem ou atendimento não-médico, ao serem relatadas pelos pacientes ou acompanhantes, notamos que eles se referem à falta de empatia, falta de informações, indicações confusas e outros itens diretamente relacionados com a comunicação interpessoal. Para que esse índice seja diminuído, deve ser feito um extensivo trabalho de treinamento com todos os envolvidos.

O gráfico 3 aponta para a necessidade de a comunicação interpessoal ser realizada ao vivo, pois, embora existam diversos meios de comunicação à disposição do usuário, os canais atendimento pessoal e atendimento telefônico são os mais utilizados.

Gráfico 3: Canais de comunicação utilizados em 2011



Fonte: Autora, com base em dados de 2011 da Ouvidoria

Nas palavras de Antônio Gois, Luiz Lacerda e Sérgio Souza (2011, p. 194),

a ação de uma ouvidoria de saúde não se resume a simplesmente dar uma resposta ao cidadão e usuário do serviço público. Temos que zelar pelo sucesso de nossas ações, propondo saídas que sejam factíveis e que criem condições de se alcançar os objetivos propostos.

No setor público de saúde, é fundamental a existência da ouvidoria, não apenas para cumprir a lei, mas principalmente para colaborar com a melhoria das comunicações interpessoais dentro das organizações, entre os colaboradores e, principalmente, com os usuários do sistema público de saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação interpessoal necessita ser aprofundada como disciplina nos cursos de graduação e especialização de todas as profissões que lidam diretamente com pessoas. Na área de saúde, os profissionais que tratam a parte clínica dos pacientes, como médicos e enfermeiros, devem refletir sobre a importância que essa comunicação tem para o resultado positivo do tratamento, porque, se o paciente não entender alguma instrução médica, ele vai fazer errado, o que pode ser prejudicial à sua condição clínica.

Já as equipes de apoio administrativo também devem se preocupar com a comunicação interpessoal, pois o atendimento é iniciado com um telefonema ou um pedido de informação no próprio hospital, e a percepção positiva ou negativa do paciente se dá a partir desse primeiro contato.

O serviço de saúde pública no Brasil sofre com as condições técnicas e financeiras, mas os relacionamentos interpessoais podem ser melhorados por meio de treinamentos constantes nas áreas e da construção da responsabilidade pessoal. O problema do funcionalismo público é real e também um fator desmotivador, pois não está previsto um plano de carreira, promoções e premiações, como em organizações privadas. Entretanto, as pessoas devem estar imbuídas de senso de responsabilidade e entender que aquele espaço é de uso público, tendo os cidadãos o direito de receber um atendimento de qualidade em todos os setores. A ouvidoria tem um papel importante que, embora já tenha sido conquistado legalmente, precisa agora ser legitimado pelas organizações de saúde e compreendido como uma forma de melhoria dos processos.

REFERÊNCIAS

BERLO, David. *O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BORBA, Valdir. *Marketing de relacionamento no campo da saúde: o desafio da década*. São Paulo: Jotacê, 2003.

COMPLAK, Krystian. Ouvidoria é lugar de compreensão. *Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, São Paulo: PPGCom/ECA-USP, Gestcorp/ECA-USP e Abrapcorp, a. 7, n. 12, 1º sem. 2010.

GOIS, Antônio; LACERDA, Luiz; SOUZA, Sérgio. A atuação proativa de ouvidoria em um hospital público. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). *Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas*. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.

GORDON, Ian. *Marketing de relacionamento: estratégias, técnicas e tecnologias para conquistar clientes e mantê-los para sempre*. 5. ed. São Paulo: Futura, 2002.



GUIA DO ESTUDANTE. São Paulo: Editora Abril. Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/vestibular-enem/conheca-55-melhores-cursos-medicina-brasil-575793.shtml>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

IASBECK, Luiz C. Ouvidoria é comunicação. *Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, São Paulo: PPGCom/ECA-USP, Gestcorp/ECA-USP e Abrapcorp, a. 7, n. 12, 1º sem. 2010.

IERVOLINO, Antonio; ARMADA, Rosandra; MORAES, Sidéia. Ouvidorias na área de saúde pública: reflexões sobre a prática. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). *Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas*. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.

IMBROISI, Diniz. Ouvidoria: instrumento de gestão. In: VISMONA, Edson (Org.). *A ouvidoria brasileira: dez anos de Associação Brasileira de Ouvidores*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo / Associação Brasileira de Ouvidores Ombudsman, 2005.

KUNSCH, Margarida M. Krohling. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. 4 ed. – rev., atual. e ampl. São Paulo: Summus, 2003.

LEE, Fred. *Se Disney administrasse seu hospital: 9 ½ coisas que você mudaria*. Porto Alegre: Bookman, 2009.

MONTEIRO, Graça França. A singularidade da comunicação pública. In: DUARTE, Jorge (Org.). *Comunicação pública: estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

PEDROSA, Tania; COUTO, Renato. Cenários e perspectivas do setor saúde: o Brasil e o mundo. In: *Hospital: acreditação e gestão em saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PERILLO, Eduardo. Sistema de saúde no Brasil: história, estrutura e problemas. In: AMORIM, Maria Cristina; PERILLO, Eduardo (Org.). *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE, 2006.

PIMENTA, Maria Alzira. *Comunicação empresarial: conceitos e técnicas para administradores*. 3. ed. Campinas, SP: Alínea, 2002.

SALOMÃO, Devani. Desigualdades sociais na área da saúde: terceira idade, reconhecimento e capital social. In: MARQUES, Angela; MATOS, Heloiza (Org.). *Comunicação e política: capital social, reconhecimento e deliberação pública*. São Paulo: Summus, 2011.

SILVA, Maria Júlia. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

UFRGS. Curso de medicina da UFRGS. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/ensino/graduacao/cursos/exibeCurso?cod_curso=336>. Acesso em: 11 mar. 2012.



UNICAMP. Curso de medicina da Unicamp. Disponível em: < <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ensino/graduacao/medicina>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

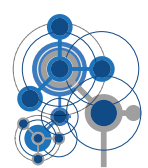
UNIFESP. Curso de medicina da Unifesp. Disponível em: <http://www.unifesp.br/prograd/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34:medicina&catid=18&Itemid=127>. Acesso em: 11 mar. 2012.

USP RP. Curso de medicina da USP Ribeirão Preto. Disponível em: <<https://sistemas.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=17&codcur=17050&codhab=0&tipo=N>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

USP. Curso de medicina da USP. Disponível em: <<https://sistemas.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=5&codcur=5042&codhab=0&tipo=N>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

VISMONA, Edson. A evolução das ouvidorias no Brasil. In: PEREZ, José; BARREIRO, Adriana; PASSONE, Eric (Org.). *Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas*. Campinas: Unicamp/ Ouvidoria, 2011.

Recebido em: 20.03.2012 / Aceito em: 04.06.2012





Observatórios de mídia: discussão sobre os dispositivos sociais de crítica midiática no campo da saúde pública

Media observatories: discussion on social media criticism devices in the area of public health

Observatorios de medios: discusión sobre los dispositivos sociales de crítica mediática en el campo de la salud pública

Lílian Claret Mourão Bahia

- Mestre em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp)
- Especialista em Comunicação e Planejamento Estratégico pela PUC-Minas
- Graduada em Comunicação Social – Jornalismo pela PUC-Minas
- Professora nos cursos de Comunicação Social, Administração de Empresas, Marketing e Pedagogia da PUC-Minas
- No mercado jornalístico tem experiência em jornais impressos diários, assessorias de comunicação, programas radiofônicos
- Autora da obra *Rádios comunitárias: mobilização social e cidadania na reconfiguração da esfera pública*
- E-mail: lilianbahia@gmail.com

Maria Ângela Mattos

- Doutora em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Mestre em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp)
- Professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), nos cursos de mestrado e graduação
- Coordenadora adjunta do colegiado do Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da PUC-Minas
- Supervisora do Centro de Pesquisa em Comunicação da PUC-Minas
- Organizadora do livro *Mediação & midiatização*
- Atua na área de comunicação, com ênfase em teorias e epistemologia da comunicação
- E-mail: mattos.maria.angela@gmail.com



Resumo

Este artigo discute o papel dos observatórios de mídia em geral e da saúde em particular, para a melhoria do tratamento jornalístico de matérias sobre a temática. Avalia sua relevância para o debate sobre as políticas e ações de comunicação na saúde pública no Brasil. Buscas na internet revelam diversidade de observatórios voltados à saúde e outros que incluem a temática em seu conteúdo. Apenas o Observatório de Saúde na Mídia da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) dedica-se integralmente a essa interface. Daí a importância de ampliar o alcance desses observatórios na esfera pública para exercer monitoramento sistemático das informações sobre saúde veiculadas na mídia.

PALAVRAS-CHAVE: OBSERVATÓRIO DE MÍDIA • OBSERVATÓRIO DE SAÚDE NA MÍDIA • POLÍTICAS DE COMUNICAÇÃO E DE SAÚDE PÚBLICA

Abstract

This article discusses the role of media observatories in general and of health observatories in particular to improve the journalistic treatment of news related to the theme. It evaluates its relevance to the debate about the policies and actions of communication in public health in Brazil. Internet search reveals the diversity of health oriented observatories and others that include the topic in their contents. Only the Health Observatory in Media of the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) focuses entirely on the subject. Hence the importance of broadening the scope of such observatories in public sphere to put in practice systematic monitoring of health information published in media.

KEYWORDS: MEDIA OBSERVATORY • HEALTH OBSERVATORY IN MEDIA • COMMUNICATION AND PUBLIC HEALTH POLICIES

Resumen

Este artículo discute el papel de los observatorios de medios de comunicación en general y de la salud en particular, para mejorar el tratamiento periodístico de materias sobre el tema. Evalúa su relevancia para el debate sobre las políticas y acciones de comunicación en la salud pública en el Brasil. Las búsquedas en internet revelan la diversidad de observatorios dedicados a la salud y otros que incluyen el tema en su contenido. Sólo el Observatorio de la Salud en los Medios de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) se dedica integralmente a esa interfaz. De ahí la importancia de ampliar el alcance de estos observatorios en la esfera pública para ejercer un control sistemático de las informaciones sobre la salud difundidos en los medios de comunicación.

PALABRAS CLAVE: OBSERVATORIO DE MEDIOS • OBSERVATORIO DE LA SALUD EN LOS MEDIOS • POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN Y DE SALUD PÚBLICA



O propósito deste artigo é realizar uma discussão preliminar sobre o trabalho dos observatórios de mídia em geral e especialmente os da saúde. Procura-se avaliar o significado e a importância desse instrumento para monitoramento, interpretação e crítica das informações sobre saúde veiculadas na mídia e suas possíveis contribuições para a melhoria do tratamento jornalístico acerca da questão. Uma busca exploratória sobre o assunto na internet¹ revela certa diversidade de observatórios voltados à saúde e outros que a incluem em seu conteúdo. Apenas o Observatório Saúde na Mídia, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), acompanha e avalia sistematicamente a cobertura midiática sobre o assunto.

A questão carece de reflexão sobre a necessidade de ampliar o alcance dos observatórios de saúde, com vistas a obter maior efetividade junto aos órgãos e agentes públicos da saúde, aos movimentos organizados da sociedade civil e às instituições midiáticas. Diante do exposto, algumas questões se levantam. Quais as linhas editoriais dos observatórios na área da saúde existentes no Brasil? Que princípios e estratégias pautam suas ações sobre a cobertura midiática da saúde? Em que medida tais ações exercem interferência qualitativa na cobertura midiática sobre o tema?

A perspectiva deste texto é articular o campo da comunicação ao da saúde, sem perder de vista que a questão central a ser analisada é o trabalho desenvolvido pelos observatórios de saúde e o seu potencial de interferir na cobertura midiática, gerando também conteúdos e interpretações relevantes para serem objetos de tal cobertura. A importância dessa discussão reside na percepção de que os observatórios de saúde podem funcionar como dispositivos sociais de interlocução e intervenção em diferentes esferas da comunicação, desde os âmbitos setoriais aos espaços midiáticos mais amplos. Como ressaltam José Edgard Rebouças e Patrícia dos Santos Cunha (2009), ao tomar parte da experiência de reflexão e proposição na formulação das políticas públicas, os observatórios de mídia podem estimular a tomada de consciência e a participação política em outros campos de interesse.

O artigo está estruturado em dois tópicos de discussão. O primeiro aborda a constituição, os princípios e as experiências dos observatórios de mídia no Brasil e aproximações preliminares com o campo da saúde. O segundo traça breve panorama dos observatórios de saúde e aponta suas limitações e seus potenciais para atuar como dispositivos de crítica da cobertura midiática do tema. A conclusão aponta para a necessidade de, mais do que veicular informações sobre a saúde em seus próprios meios, esses observatórios têm como desafio construir instrumentos eficazes de enfrentamento, vigilância e monitoramento das práticas midiáticas.

¹ A pesquisa, realizada em março de 2012, perpassou os seguintes observatórios: www.observatoriost.com.br; www.observeriodemidia.org.br; www.observasaude.fundap.sp.gov.br; www.observatoriodasaude.ufsc.br; www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/; www.saude.mg.gov.br; www.fiocruz.br/icict; www.ufpe.br/observatorio.



CONSTITUIÇÃO E FUNDAMENTOS DOS OBSERVATÓRIOS DE MÍDIA

Historicamente, é importante situar que o surgimento dos observatórios de mídia em diversas partes do mundo decorreu, segundo Luiz Gonzaga Motta (2008, p. 30), “do excessivo centralismo da mídia, da parcialidade, omissão e superficialidade de conteúdos”. No caso brasileiro, eles representam crescente conscientização dos atores sociais sobre o distanciamento da indústria cultural e informativa, tanto em relação aos valores jornalísticos quanto aos problemas do país, o que gerou a busca de alternativas para se contrapor a “esse relativo alheamento da mídia”.

Não há como abordar os observatórios de mídia no Brasil sem falar da influência que os grandes veículos de comunicação exercem na vida da população. Sabe-se que a distribuição desigual do controle dos meios de comunicação cria escudo intransponível e impede o acesso das organizações civis aos meios de comunicação, o que torna, na prática, a concessão pública em quase licença para sua utilização em prol de interesses privados e corporativos. Daí a importância dos observatórios de mídia para monitorar, questionar, neutralizar o poder dos grandes grupos e até mesmo, se for o caso, apontar alternativas de cobertura de questões de interesse público.

É a grande mídia que pauta os assuntos discutidos pela população e é por ela que circulam informações e concepções de mundo, como apontam Rogério Christofolletti e Luiz Gonzaga Motta (2008, p. 11): “A noção mais próxima que temos de realidade é construída muito fortemente pelos meios de comunicação”. Nessa perspectiva, a democratização da comunicação torna-se essencial e os observatórios de mídia, bem como os ombudsmen e outras instâncias de crítica e interpretação, contribuem para o avanço da democracia e a pluralidade de expressões e vozes.

Nesse contexto florescem expressões que refletem reações da sociedade e seu desejo de não mais se manter passiva. Uma delas, *accountability*, exprime, na visão de Frederick Mosher (apud Halliday 1994, p. 102), a “responsabilidade objetiva ou obrigação de responder por algo”. Já para Valdir de Castro Oliveira (2007a), *accountability* deve ser entendida como processo em que os cidadãos ou as organizações sociais cobram responsabilidades das autoridades e das instituições públicas ou de caráter público, como também podem interferir na condição e definição dos interesses comuns da sociedade.

A expressão *mediacriticism*, ou crítica da mídia, surge do aprofundamento do conceito de “meios para assegurar a responsabilidade social da mídia” (Mars), desenvolvido por Claude-Jean Bertrand e Rogério Christofolletti. Trata-se de meios não-estatais que funcionam como dispositivos de observação sistemática da mídia: “São observadores, críticos, vigilantes ou monitores e devem ter como função prioritária ampliar a participação ativa do público, fazendo com que a imprensa se volte a si mesma e se torne mais responsável frente ao seu público” (Christofolletti, 2003, p. 31).



Oliveira (2007b, p. 72) evidencia o surgimento de novos dispositivos de controle público ou social que consistem na “capacidade da sociedade de manter sob seu controle o Estado, o mercado e as instituições públicas e privadas, enquanto instâncias detentoras e concentradoras de poder”. Ao apontar a dependência do controle público em relação à mídia, o autor reconhece que sociedades nas quais imperam desigualdades sociais e econômicas são ameaçadas pelas relações autoritárias de poder e somente contam a seu favor com a capacidade da organização civil.

Na área da saúde, o controle social passou a demandar a participação da sociedade no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) durante o período inicial da redemocratização do país, por meio da chamada via conselhistas, que se tornou emblemática da luta pela transparência da gestão pública. Na avaliação de Inesita Araújo e Katia Lerner (2010, p. 3), o termo controle social é caro ao campo da saúde e consiste na “forma privilegiada de concretização do princípio organizativo da participação”, especialmente por ser exercido a partir de instituições como os conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e federal.

Mas, se a mídia é uma forma de controle público, quem controla a mídia? Essa questão nos remete às especificidades dos observatórios de saúde, o que não impede de desenvolver reflexão mais ampla sobre os observatórios de mídia, vez que esses refletem movimento mundial que já abala o “confortável” universo do “quarto poder”, exercido pela mídia. Se até agora somente ela não dispunha de um contrapoder que também a vigiasse, começa a surgir em todas as regiões do mundo o chamado “quinto poder”, o poder da sociedade.

Além de a mídia ser instrumento central na vida social, não se pode permitir, porém, na perspectiva de Motta, que o conteúdo da indústria informativa e cultural fique “sob o controle dos proprietários e dos profissionais dos meios de comunicação apenas. Precisa ser compartilhado e corresponder melhor aos interesses coletivos”. Em sua perspectiva,

começa a consolidar-se a ideia de que a sociedade civil organizada pode criar mecanismos de pressão sobre a mídia longe do Estado e mais longe do mercado. E criar meios de comunicação públicos, sem o controle do Estado nem a submissão aos índices de audiência apenas (Motta, 2008, p. 23).

A relevância do presente estudo é reforçada ainda pelo fato de os observatórios de mídia terem surgido a partir da constatação de que a indústria cultural e informativa não responde às demandas da sociedade civil, pois, como esclarece Motta (2008, p. 23) “é demasiado acomodada, oficialista, superficial. (...) Por isso, precisa mudar”. O autor acrescenta que a sociedade e seus grupos organizados “saem da passividade de receptores ou do conformismo da profissão para influir nos conteúdos”, como forma de “exigir mais pluralismo e isenção”. Esta é também a perspectiva de José Luiz Braga (2006), para quem a sociedade se organiza para tratar a mídia a partir de dispositivos sociais com diferentes graus de institucionalização e interação com o produto que ela circula. Entre as ações e os processos de interação desenvolvidos por tais dispositivos, destacam-se:



crítica (interpretações e objeções interpretativas, seleções qualitativas), retorno (*feedback*, retroalimentação do sistema de produção, indicações para revisão, criação, redirecionamentos, construção de gêneros); militância social (crítica-ação, processos sociais de uso da mídia a serviço de posição e argumentos políticos e ideológicos); controle da mídia, *mediacriticism*, *media accountability systems*, processos sociais de enfrentamento e controle da mídia, de seus poderes, de seu papel social; e sistematização de informações ou processos organizados de classificação, organização e disponibilização de acervos (Braga, 2006, p. 38).

Na perspectiva desse autor, a abrangência dos processos midiáticos não se esgota nos subsistemas de produção e recepção, razão pela qual ele propõe o “sistema de resposta social” (SRS), que compreende atividades de resposta produtiva e direcionada da sociedade em interação com os produtos midiáticos, em oposição à visão informacional, unidirecional e fragmentada da comunicação. A parte dinâmica de tal sistema é composta por processos e dispositivos sociais reunidos em trabalhos críticos sobre processos midiáticos. Braga (2006, p. 45) entende que esses trabalhos se voltam “para a produção midiática e seus produtos em termos de enfrentamento tensional que resulte em crítica interpretativa ou em controle de desvios e equívocos midiáticos”.

A crítica midiática abrange a acadêmica e a jornalística, mas não se esgota nesses âmbitos, já que é feita também por inúmeros atores e instituições sociais. Nesse sentido, o autor considera que a crítica especializada não prevalece sobre outros tipos de comentários sociais nem substitui as “falas de rua”, provenientes de diferentes lugares – institucionais ou não. Diz Braga (2006, p. 59):

Um terceiro âmbito de elaboração crítica é o dos setores sociais preocupados com uma elevação geral da qualidade dos processos de benefício da sociedade. Podemos referir os diversos setores da sociedade civil que reiteradamente vêm a público para criticar determinados excessos televisuais e reivindicar redirecionamentos (...). Percebemos, entretanto, que esse direcionamento crítico (...) raramente dispõe de instrumentos adequados a algum tipo de efetivação.

A despeito da insuficiência do direcionamento crítico, atores ligados a esse terceiro âmbito dão sinais de que não mais se encontram passivos e propõem diálogos com a mídia. Segundo Cristofolletti e Motta (2008, p. 12), “a sociedade se mobiliza para ler mais criticamente a mídia, para consumir informações de forma mais criteriosa e preocupada”.

Pesquisa realizada pelo Observatório da Mídia Regional, da Universidade Federal de Pernambuco (Rebouças; Cunha, 2008), com 77 observatórios em 23 países, constatou que 64 deles justificam sua existência a partir de princípios democráticos. Na América Latina, esse estudo mapeou 31 observatórios de mídia, sete dos quais localizados no Brasil com alcance local, regional e nacional. O mais antigo deles é o Observatório da Imprensa, do Instituto para o Desenvolvimento do Jornalismo (Projor), projeto original de 1967, do Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).



Existem outras experiências brasileiras sobre o exercício de crítica da mídia se destacam, como Coluna do *Ombudsman*, da *Folha de S.Paulo*; Observatório da Imprensa; Mídia em Pauta, programa semanal da TV Comunitária de Belo Horizonte. Destacamos também, dentre outros, o semanal Rede Mídia (Rede Minas de Televisão); a Coluna do Leitor (jornal *Zero Hora*, de Porto Alegre), com o diferencial de os comentários serem feitos exclusivamente pelos leitores; o *site* Ética na TV – Campanha “Quem financia a baixaria”; e a revista *Bravo*, com críticas jornalísticas aos programas televisivos.

Ao ancorar a relevância de tais mecanismos de crítica midiática novamente recorre-se a Araújo e Lerner (2010), para quem os observatórios de mídia constituem, “ao lado de outras iniciativas da sociedade, como a leitura crítica da comunicação, movimentos no sentido de exercer maior conhecimento sobre o fenômeno e as práticas midiáticas, possibilitando o exercício de uma ação efetiva sobre as mesmas”. Assim, na avaliação de Motta (2008, p. 21), os observatórios surgem

como uma resistência ao excessivo centralismo e impermeabilidade da indústria cultural e informativa. No caso dos observatórios, trata-se de uma reação, mais que uma ofensiva. Uma contraposição, mais que um ataque. Um movimento que está condicionado pelas ações dos adversários, mais que pelas próprias iniciativas. Uma defesa contra abusos, equívocos, baixarias, acusações injustas ou exageradas, julgamentos públicos antecipados e outros desatinos éticos praticados com frequência pela indústria cultural sem que ela pague a pena correspondente aos exageros cometidos.

Para o autor (2008), os observatórios necessitam ir além, ou seja, ter objetivos políticos e profissionais que os coloquem afinados com os movimentos da sociedade civil e com suas demandas de mudanças sociais e midiáticas. Tal reflexão nos aproxima do foco deste artigo, especialmente num contexto de redemocratização da saúde pública implantada pelo SUS, entre outras questões de interesse público, conforme enfatiza a citação a seguir:

Como nas resistências históricas, há algo de justicialista e idealista nos observatórios. Eles surgem de engajamentos espontâneos, reações instintivas e voluntaristas, vinculados ou não a movimentos sociais. (...) Quase todos os observatórios contam com profissionais inconformados que reagem contra o excessivo centralismo da mídia (Motta, 2008, p. 21-22).

Essa linha de raciocínio nos leva a examinar, na sequência, os observatórios de saúde, que, embora sejam iniciativas relativamente recentes, despertam interesse em profissionais e instituições dos dois campos de conhecimento, de segmentos sociais e da sociedade como um todo.



OBSERVATÓRIOS DE SAÚDE

Importante aspecto a ser destacado, na pesquisa exploratória sobre os observatórios de saúde no Brasil disponíveis na internet, diz respeito à diversidade de modalidades, objetivos, âmbitos de atuação e atores sociais envolvidos, sejam eles organizadores ou usuários/beneficiários dos produtos e serviços fornecidos pelos mesmos. Além disso, mais do que em outras áreas também importantes para a sociedade e o seu desenvolvimento, a da saúde desperta interesse por abordar não apenas as questões relativas a doenças, mas também à prevenção delas e por ser tão próxima à vida e à morte. É temática cara à população e desperta crescente interesse.

Para efeito da discussão proposta neste artigo, selecionamos uma pequena amostra desse tipo de observatório, considerando os seguintes critérios: natureza da instituição responsável (pública ou privada, incluindo o terceiro setor), estado ou região de atuação, categorias de usuários/beneficiários, objetivos e áreas de atuação, entre outros aspectos que indicam a heterogeneidade de propostas e ações desenvolvidas pelos observatórios de saúde.

Diante de tal heterogeneidade, indaga-se qual a capacidade dos observatórios de saúde para atuar como mediadores da interlocução entre os órgãos públicos e os diversos setores da sociedade. Os observatórios na área estão voltados a atuar como representantes do quinto poder? Eles objetivam produzir e veicular matérias mais qualificadas sobre a saúde, criticar a cobertura da mídia ou vão mais além, propondo alternativas ao conteúdo e formato editoriais de matérias e campanhas educativas veiculadas nos meios de comunicação? Tais indagações são fundamentais para nortear a discussão sobre esses observatórios, brevemente caracterizados a seguir.

Os observatórios de saúde refletem a necessidade de, mais do que difundir, debater e analisar informações relativas à saúde pública, criar mecanismos de pressão para a implantação de políticas e serviços públicos adequados à população em geral e a categorias profissionais específicas, bem como promover ações educativas de prevenção e controle de agravos. A seguir, apresentam-se os principais observatórios.

Criado em meados de 2008, o Observatório de Saúde na Mídia, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), é coordenado pelo Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde dessa instituição. Objetiva analisar criticamente os sentidos de saúde postos em circulação pelos meios de comunicação e contribuir para a luta pela democratização da comunicação na sociedade em geral e na saúde em particular e divulgar os resultados no âmbito do SUS (Araújo; Lerner, 2010). Sua criação foi antecedida por pesquisa realizada entre 2003 e 2007, que avaliou a comunicação na prevenção da dengue a partir de monitoramento. Um dos primeiros trabalhos desse observatório foi o acompanhamento diário dos seguintes periódicos impressos: *O Globo* e *O Dia*, do Rio de Janeiro; *Folha de S.Paulo* e *Jornal da Tarde*, de São Paulo; *Correio Brasiliense*, de Brasília; e *Jornal do Commercio* e *Folha de Pernambuco*, do Recife. O trabalho incluiu ainda os telejornais



Jornal Nacional (Rede Globo) e *TV Repórter Brasil* (TV Brasil), além dos telejornais locais do Rio de Janeiro, de Brasília e do Recife.

O Observatório Saúde dos Trabalhadores foi criado em 2008 pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, por meio de uma ação integrada à Fiocruz. Segundo o *site* do órgão, ele visa “recompilar, analisar e difundir informações para se conhecer os problemas de saúde do trabalhador, a evolução das situações demandadas e as respostas oferecidas pelo Estado ao movimento sindical”.

O Observatório da Saúde é ferramenta da Associação dos Professores da Universidade Federal de Santa Catarina para facilitar o acompanhamento das e reflexão sobre as organizações de cuidado da saúde. A expectativa é que ele “reúna, organize e ofereça referências que potencializem sua avaliação, administração e uso dos cuidados da saúde”. O observatório mantém uma lista de discussão e *links* para informações das operadoras, resultados de serviços prestados, demonstrações financeiras, contratos e preços, entre outros tópicos.

Já o Observatório de Saúde de Minas Gerais, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, é constituído por informações selecionadas pela sua relevância e disponibilizadas *online* para análise de situação do setor e acompanhamento do desenvolvimento de ações de prevenção e controle de agravos. Sua missão é formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população, assegurando a aplicação dos princípios do SUS.

O Observatório Saúde do Trabalhador do Estado do Paraná objetiva divulgar indicadores de saúde para a construção de um sistema de vigilância e de acompanhamento sobre os agravos à saúde dos servidores e ao meio ambiente. Publica indicadores de impacto, de gestão e de avaliação da qualidade e cobertura da atenção integral à saúde desse público, além de incentivar a troca de experiências entre os profissionais da área, pesquisadores e o movimento sindical.

A Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, de Porto Alegre (RS), configura-se como organização sociogovernamental voltada para a construção de conhecimentos, produção e difusão de projetos e pesquisas, bem como para subsidiar políticas públicas. Seu foco são os recursos humanos em saúde. A rede disponibiliza *links* que permitem acesso a informações sobre leis e portarias, publicações, projetos, notícias, eventos, histórico, entre outras.

O Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo é uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Tem como entidade gestora a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) e realiza parcerias com a Organização



Pan-Americana da Saúde (Opas), a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme²). O órgão é estruturado por eixos de observação: condições de vida e saúde; capacidade instalada; financiamento e gastos; força de trabalho; gestão do conhecimento; e participação e controle do SUS.

A partir dessa breve descrição dos observatórios de saúde, percebe-se que a maior parte não tem como escopo a preocupação em monitorar a cobertura da mídia sobre saúde e discutir como se dá o diálogo entre os jornalistas/veículos de comunicação e suas fontes, muito menos contribuir para aprimorar a cobertura midiática sobre a saúde pública. Assim, entre os sete observatórios examinados, apenas o da Fiocruz tem por finalidade analisar como a mídia cobre a saúde. Os outros direcionam suas ações para intervir nas políticas públicas, como é o caso, principalmente, das iniciativas existentes no Rio de Janeiro, em Santa Catarina, no Paraná e no Rio Grande do Sul. Nesse sentido, não são observatórios de mídia sobre a saúde, mas observatórios de saúde voltados exclusivamente para questões específicas do setor. Tal constatação nos remete ao questionamento de Braga (2006), segundo o qual os esforços críticos dos setores sociais são insuficientes e raramente dispõem de instrumentos adequados de efetivação.

Trata-se de uma situação preocupante, que merece atenção e estudo mais cuidadoso, principalmente diante das análises e interpretações contidas no Dossiê Saúde, produzido pelo Observatório da Imprensa em maio de 1997, destacando que os dois lados, comunicação e saúde, devem fazer seu mea-culpa. De acordo com o documento, a reflexão permanece atual, pois é comum surgirem graves e, às vezes, irreversíveis erros, resultantes de entrevistas mal feitas, informações equivocadas advindas de imprecisão e da inexperiência de médicos e jornalistas. São frequentes, ainda, apurações incorretas e sem conferência, manipulação de fontes, jogos de interesses corporativos, superficialidade, despreparo de médicos para lidar com a imprensa e jornalistas mal formados e apressados, entre outros problemas.

Constata-se também que, embora se mostre necessária, a interseção entre esses dois campos apresenta inúmeras dificuldades e insatisfações por parte dos agentes públicos de saúde com a cobertura da mídia sobre questões relativas aos problemas da área, à medida que são pressionados não apenas por seu envolvimento com a população, mas também pelas carências de informação da própria sociedade.

² Sigla mantida de sua denominação original: Biblioteca Regional de Medicina. Vinculado à Universidade de São Paulo, é um organismo internacional, que faz parte da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).



Para Inesita Araújo e Janine Cardoso (2007), um dos principais desafios da interação entre essas áreas encontra-se justamente na rotina diária na qual os atores se ressentem da dificuldade de serem ouvidos e de se manifestarem. Nesse sentido, as autoras defendem que a comunicação tem relevante papel na mediação, com potencial para contribuir para o incentivo à circulação de informações e para o processo comunicativo dos órgãos competentes da área da saúde e das empresas de comunicação com a população.

Esse é o contexto em que a mídia se coloca como agente autorizado a não somente agendar os assuntos a serem debatidos pela sociedade, mas também enquadrar olhares e interpretações sobre as questões de interesse dos cidadãos e, entre elas, as relativas à saúde. Christofolletti (2008, p. 91) entende que tais olhares são influenciados antes pela mediação da mídia, pois é evidente “que não são os fatos em si que chegam ao cidadão, mas os relatos que os substituem, que os marcam, que os carimbam na memória social”. Por essa razão “e se o homem lê o mundo pela mídia, é preciso revisar sob que condições tal tradução é feita. Um primeiro passo é lançar um novo olhar mais atento às práticas da mídia, desconfiando delas, cismando com seus sentidos esculpidos”, reforça.

Tais reflexões nos levam a Murilo César Ramos Ramos (1995, p. 78), para quem uma das principais características de nosso tempo é a possibilidade de produzir, processar e distribuir informações de maneira acelerada. O autor nos lembra que os meios de comunicação, na contemporaneidade, não são utilizados apenas por profissionais da área, enfatizando que “fazer política de comunicações é (...) atributo também do profissional da saúde”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da discussão sobre a interface entre comunicação e saúde e, em particular, sobre os dispositivos sociais de crítica midiática no campo da saúde pública, impõe-se como desafio ver a comunicação como instância de produção a ser agenciada não apenas por jornalistas, publicitários, relações-públicas, entre outros especialistas em comunicação, mas também por profissionais de outros campos de conhecimento. Isso implica concebê-la como bem público voltado para o desenvolvimento social, cultural, político e econômico dos indivíduos e das coletividades, além de ser essencial para o desenvolvimento e a articulação de políticas públicas nas áreas da comunicação e da saúde.

Com base no exposto, ressalta-se a importância de os observatórios de saúde se transformarem em arenas de discussão sobre a cobertura jornalística de conteúdos relativos ao setor, bem como de reivindicar das empresas midiáticas informação de qualidade para atender às demandas da sociedade. Como salienta José Luiz Braga, esses setores sociais precisam criar dispositivos mais eficazes de enfrentamento, vigilância e monitoramento críticos das práticas midiáticas, ou



seja, um sistema de resposta social capaz de corrigir seus desvios e equívocos de ordem ética, política, social e profissional.

Entretanto, não basta à sociedade e a seus diversos atores sociais, em particular os observatórios de mídia e de saúde, apenas receber, compreender e criticar as informações veiculadas na mídia. É preciso também criar mecanismos de diálogo e participação ativa dos cidadãos na implantação de políticas públicas de comunicação e de saúde. Novamente aí fica evidente a importância da ação dos observatórios de mídia sobre saúde, como o da Fiocruz, que pode servir como referência para alavancar novas experimentações de observação social das práticas midiáticas no campo da saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inesita Soares de; LERNER, Katia. Saúde na mídia: um observatório, uma metodologia, muitos sentidos. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE INVESTIGADORES DE LA COMUNICACIÓN, X – ALAIC 2010, Bogotá (Colombia), 22 a 24 set. 2010. *Anais...* Bogotá: Alaic, 2010.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BAHIA, Lílian Claret Mourão. *Rádios comunitárias: mobilização social e cidadania na reconfiguração da esfera pública*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

BRAGA, José Luiz. *A sociedade enfrenta sua mídia: dispositivos sociais de crítica midiática*. São Paulo: Paulus, 2006.

CHRISTOFOLETTI, Rogério. *Monitores de mídia: como o jornalismo catarinense percebe os seus deslizes éticos*. Itajaí: Univali, 2003.

_____. Ver, olhar, observar. In: CHRISTOFOLETTI, Rogério; MOTTA, Luiz Gonzaga. (Org.). *Observatórios da mídia: olhares de cidadania*. São Paulo: Paulus, 2008.

CHRISTOFOLETTI, Rogério; MOTTA, Luiz Gonzaga. (Org.). Introdução. In: CHRISTOFOLETTI, Rogério; MOTTA, Luiz Gonzaga. (Org.). *Observatórios da mídia: olhares de cidadania*. São Paulo: Paulus, 2008.

HALLIDAY, Tereza. Retórica e política. In: MATOS, Heloiza (Org.). *Mídia, eleições e democracia*. São Paulo: Scritta, 1994.

MATTOS, Maria Ângela; JANOTTI JUNIOR, Jeder; JACKS, Nilda (Org.). *Mediação & midiatização*. Salvador: Edufba; Brasília: Compós, 2012.

MOTTA, Luiz Gonzaga. Crítica da mídia: da resistência civil ao desenvolvimento humano. In: CHRISTOFOLETTI, Rogério; MOTTA, Luiz Gonzaga (Org.). *Observatórios de mídia: olhares de cidadania*. São Paulo: Paulus, 2008.



OLIVEIRA, Valdir de Castro. Resenha do livro Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde, organizado por Simone Monteiro e Eliane Vargas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 5, n. 2, p. 339-344, jul. 2007a.

_____. Mídia, controle público e cidadania. In: *Mídia e Saúde Pública – Comunicação em Saúde pela Paz*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2007b. p. 71-79.

_____. Mídia, informação e controle público. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, VIII, Belo Horizonte, 2005. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG, 2005.

RAMOS, Murilo César. Saúde, novas tecnologias e políticas públicas de comunicação. In: PITTA, Áurea M. da Rocha (Org.). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec / Abrasco, 1999.

REBOUÇAS, José Edgard; CUNHA, Patrícia dos Santos da. *Análise dos observatórios de mídia brasileiros como instrumento de controle público*. Relatório de Pesquisa. Recife: Observatório da Mídia Regional, 2008.

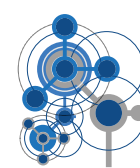
Outros sites consultados

www.observatoriodaimprensa.com.br

www.direitoacomunicacao.org.br

www.ufpe.br

Recebido em: 20.03.2012 / Aceito em: 04.06.2012





Saúde, governo e mídia: uma relação (por vezes) conflituosa

Health, government and media:
a (sometimes) conflictive relationship

Salud, gobierno y medios:
una relación (a veces) conflictiva

Isaltina Maria de Azevedo Mello Gomes

- Doutora e mestre em Linguística pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
- Especialista em Produção de Programas Radiofônicos pelo Ciespal (Quito/Equador)
- Graduada em Letras pela Faculdade de Filosofia do Recife (Fafire) e em Comunicação Social – Jornalismo pela UFPE
- Professora de Jornalismo e do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da UFPE
- Membro do Comitê Temático de Divulgação Científica do CNPq (2011-...)
- Trabalha com questões relacionadas à linguagem nos meios de comunicação, mas tem interesse especial pela área de divulgação científica
- E-mail: isaltina@gmail.com

Luiz Marcelo Robalinho Ferraz

- Doutorando no Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Mestre em Comunicação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
- Graduado em Jornalismo pela Universidade Católica de Pernambuco (Unicap) e em Publicidade e Propaganda pela UFPE
- Sua área de interesse é a comunicação em saúde, com ênfase na memória discursiva sobre moléstias e na concepção midiática de doença
- E-mail: marcelorobalinho@yahoo.com.br



Resumo

O objetivo deste artigo é analisar os conflitos entre mídia e governo na divulgação de doenças. Selecionamos as 46 matérias publicadas sobre febre amarela no Jornal do *Commercio* e no *Diário de Pernambuco*, do Recife (PE) entre 7 de janeiro e 19 de fevereiro de 2008, em uma cobertura polêmica sobre a ocorrência de uma possível epidemia, apesar de o governo ter negado o fato. Avaliamos secundariamente a epidemia de meningite meningocócica no Brasil nos anos 1970. Tomamos como base os conceitos de risco e memória discursiva para compreender os sentidos construídos tanto em períodos ditatoriais quanto nos de democracia.

PALAVRAS-CHAVE: DISCURSO JORNALÍSTICO • EPIDEMIA • FEBRE AMARELA • MENINGITE MENINGOCÓCICA • RISCO

Abstract

The purpose of this article is of analyzing the conflicts between the media and the government in the divulgement of diseases. We have selected the 46 subjects published on yellow fever in the *Jornal do Commercio* and in the *Diário de Pernambuco*, of Recife (PE), from January 7 to February 19, 2008, in a controversial coverage concerning the occurrence of a possible epidemic, despite the government having denied the fact. We assessed secondarily the meningococcal meningitis epidemic in Brazil in the 1970s. We used as a base the concepts of risk and discursive memory to understand the senses developed both in the dictatorial and democratic periods.

KEYWORDS: JOURNALISTIC DISCOURSE • EPIDEMIC • YELLOW FEVER • MENINGOCOCCAL MENINGITIS • RISK

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar los conflictos entre los medios y el gobierno en la divulgación de enfermedades. Seleccionamos las 46 materias publicadas sobre fiebre amarilla en el *Jornal do Commercio* y en el *Diario de Pernambuco*, de Recife (PE) entre 7 de enero y 19 de febrero de 2008, en una cobertura polémica sobre el brote de una posible epidemia, a pesar de el gobierno haber negado ese hecho. Evaluamos secundariamente la epidemia de meningitis meningocócica en el Brasil en los años 1970. Tomamos como base los conceptos de riesgo y memoria discursiva para comprender los sentidos construidos tanto en períodos dictatoriales cuanto en los de democracia.

PALABRAS CLAVE: DISCURSO PERIODÍSTICO • EPIDEMIA • FIEBRE AMARILLA • MENINGITIS MENINGOCÓCICA • RIESGO



No início de 2008, a febre amarela chamou a atenção da sociedade. Apesar de não se terem registrados casos em ambientes urbanos desde 1942, o aumento de notificações acima do normal e a ocorrência de mortes levaram os meios de comunicação a publicar uma série de notícias insinuando o retorno da moléstia e a ocorrência de uma possível epidemia no país. Negado pelo poder público, o fato se converteu numa polêmica, acarretando uma cobertura com informações por vezes contraditórias, já que havia a suspeita de que o governo estivesse escondendo ou minimizando os dados.

Amparados nas noções de risco e memória discursiva, fundamentais para compreensão dos sentidos criados sobre doenças infecciosas, acreditamos que o reconhecimento de uma epidemia e o momento certo de divulgá-la está longe de ser um ponto de consenso. Em alguns casos, pode provocar a adoção de antigas práticas assumidas pelas autoridades em contextos de fechamento político, como nas ditaduras, quando a informação tende a ser escamoteada ou mesmo sonegada em nome do “bem-estar” coletivo, a exemplo do que ocorreu com a epidemia de meningite meningocócica na década de 1970 no Brasil. Em outros casos, pode causar pânico pelo superdimensionamento da doença, como aconteceu com a febre amarela em 2008.

Levando em conta a riqueza discursiva da situação epidemiológica “atípica” envolvendo a febre amarela, selecionamos as 46 matérias publicadas pelos periódicos pernambucanos *Jornal do Commercio* e *Diário de Pernambuco* entre 7 de janeiro e 19 de fevereiro daquele ano. Paralelamente, avaliamos o texto do pronunciamento do então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em cadeia nacional de televisão. Embora Pernambuco não tenha sido considerado área de risco para a febre amarela, o fato de a mídia ter encarado a doença como epidemia em boa parte do país reverberou diretamente no estado, bem como em outras localidades. Isso levou a população a uma busca desenfreada pela vacina para se proteger contra o vírus, reeditando-se, às avessas, a Revolta da Vacina, protesto popular ocorrido em 1904 no Rio de Janeiro contra a medida governamental de imunizar a população compulsoriamente contra a varíola (Ujvari, 2003). Já em relação à meningite, recuperamos uma reportagem veiculada pela revista *Veja* em 4 de outubro de 1972, em pleno auge da epidemia, a fim de ilustrar a situação vivenciada durante a ditadura.

O “FANTASMA” DA EPIDEMIA

A epidemia se caracteriza como a ocorrência de doença em um número de pessoas acima do esperado (Rouquayrol; Almeida Filho, 2003). Apesar de ser um fenômeno coletivo, ela possui uma singularidade histórica que a individualiza no tempo e no espaço (Foucault, 2006, p. 26), expressando-se de diferentes formas no contexto social, econômico, político e cultural. Ao longo da história, a concepção das epidemias variou bastante. Os povos antigos acreditavam que as infecções eram enviadas pelos deuses, muitas vezes como ação benéfica. Por muito tempo, a origem das epidemias foi considerada uma incógnita, dando margem a diversas interpretações.



Embora as epidemias já fossem conhecidas muito antes da invenção da imprensa, ganharam maior visibilidade com o advento dos *media*, facilitando a difusão de informações para um grande número de pessoas. A nosso ver, a imprensa tratou de reforçar o medo e a dor que nortearam a construção dos discursos, tomando como base a memória das antigas pragas, a exemplo da peste negra. Falar de epidemia nos remete a um contexto de desordem e pânico causados pelo caráter accidental da doença em larga escala, provocando mortes e afetando a rotina das cidades. Evidentemente, as pessoas já não mais creditam as epidemias a forças maléficas ou ao castigo divino de um deus, como antes. Com o desenvolvimento da ciência e a elucidação do papel das bactérias como causadoras das doenças infecciosas em meados do século XIX, a teoria dos ares impuros (miasmas) – possuidores de substâncias nocivas – foi caindo em desuso. O meio ambiente e suas condições passaram a ser o foco das atenções dos estudos em saúde e o homem foi desmistificando velhas crenças e superstições.

Discursivamente, porém, não podemos deixar de lado os sentidos antigos na construção de uma noção pública de epidemia, a partir do momento em que consideramos o passado fundamental para a compreensão sobre doenças. Isso é mais forte com as enfermidades infecciosas, que guardam um pouco daquele medo secular, se levarmos em conta eventos epidemiológicos recentes que chamaram a atenção da mídia, como a epidemia explosiva de dengue em Pernambuco em 2002 (Ferraz, 2010) e a pandemia de gripe A (H1N1) no mundo (Gomes; Ferraz, 2010).

Para a análise do discurso, a epidemia pode ser entendida por tudo o que foi dito a respeito dela, pelo conjunto de formulações que a designam no tempo e no espaço. “Não há enunciado que não suponha outros; não há nenhum que não tenha, em torno de si, um campo de coexistências, efeitos de série e de sucessão, uma distribuição de função e papéis” (Foucault, 2007, p. 112). Na análise do discurso, a memória tem um papel importante na construção dos discursos por “invocar” sentidos existentes em outros enunciados. Ela se articula com o conceito de interdiscurso, considerado o conjunto de discursos que dialogam entre si, mantendo uma “delimitação recíproca” e com o qual “um *discurso particular* entra em relação implícita ou explícita”, conforme Patrick Charaudeau e Dominique Maingueneau (2008, p. 286) (Grifo dos autores).

Sobre o assunto, Eni P. Orlandi (2007, p. 135-136) diz que a noção de historicidade é fundamental para se compreender as relações de sentido.

Para que uma palavra faça sentido é preciso que ela já tenha sentido. Essa impressão do significar deriva do que se tem chamado [de] “interdiscurso”. Isto é, o domínio do “saber” discursivo, o da sua memória, aquele que sustenta o dizer numa estratificação de formulações já feitas mas “esquecidas” e que vão construindo uma história dos sentidos. Toda fala resulta assim de um efeito de sustentação no já-dito que, por sua vez, só funciona quando as vozes que se poderiam identificar em cada formulação particular se apagam e trazem o sentido para o regime do “anonimato” e da “universalidade”. Ilusão de que o sentido nasce ali, não tem história.



Pensando na saúde dentro do viés interdiscursivo, a noção de risco torna-se central, sobretudo em contextos de calamidade, como as epidemias, pelo caráter imprevisível que costuma levar a uma produção de notícias acima da média. Apesar de serem vistas como um agente externo, as epidemias estão diretamente ligadas ao corpo individual e social. É a partir dele que a doença se manifesta, torna-se real aos olhos e se dissemina para outros corpos. Noção complexa, por se tratar de uma representação do perigo (e não a catástrofe em si), o risco “designa, ao mesmo tempo, tanto um perigo potencial quanto sua percepção e indica uma situação percebida como perigosa na qual se está ou cujos efeitos podem ser sentidos” (Veyret; Richemond, 2007, p. 25).

Embora a nossa saúde seja ditada atualmente pelos fatores de risco (características do indivíduo ou do seu ambiente que aumentam as chances de se adoecer) nas doenças crônicas não-transmissíveis, a ideia de causalidade ainda está bastante presente, sobretudo porque as doenças infecciosas respondem por mais de 25% das mortes anuais no mundo (Silva; Angerami, 2008). Articulada à compreensão das doenças infecciosas, a causalidade dita a experiência de adoecimento, determinando a origem a um agente patogênico externo (vírus e bactérias, por exemplo). Assim, ela se alia à noção de risco para explicar o significado da enfermidade, sobretudo por meio da imprensa, que busca uma explicação causal nos assuntos ligados a saúde-doença a fim de conferir maior objetividade à narrativa e torná-la mais fácil de ser assimilada.

MENINGITE MENINGOCÓCICA E FEBRE AMARELA NA COBERTURA JORNALÍSTICA

Entre as doenças infecciosas, a meningite meningocócica é uma das que mais desperta a atenção, mesmo na ocorrência de casos isolados sem qualquer relação com surtos ou epidemias. Caracterizada pela inflamação das meninges (membranas que revestem o cérebro), a doença pode matar, caso não seja tratada adequadamente. O fácil contágio entre pessoas próximas por meio de gotículas e secreções do nariz e da garganta sempre é motivo de preocupação quando alguma ocorrência nova é registrada. A busca por medicação para prevenir e tratar a doença, em decorrência do medo de contaminação, também se torna algo bastante comum, mesmo quando a situação não demanda o uso de remédios.

Falar de meningite meningocócica nos reporta aos anos 1970, quando o Brasil viveu uma grande epidemia, levando à morte de milhares de pessoas. A divulgação da doença foi alvo de forte censura nos primeiros anos da década por parte do governo militar, que determinou o assunto como “questão de segurança nacional”. Veículos de comunicação foram proibidos de fazer qualquer alusão à epidemia, tendo as matérias previamente avaliadas e editadas, especialmente em São Paulo, onde a incidência da meningite foi muito alta, atingindo a taxa de 169 casos por 100 mil habitantes, em 1974. Mesmo com a progressão da doença, as autoridades tentaram minimizar o fato, sonegando informações, atitude criticada pela imprensa (Barata, 1988).



A reportagem “A epidemia nacional do medo”, publicada na revista *Veja* em 4 de outubro de 1972, ilustra um pouco aquele momento:

Enquanto puderam, as autoridades sanitárias guardaram um sigilo do qual até agora devem se arrepender. Até que, na terça-feira passada, a Secretaria de Saúde de São Paulo distribuiu um comunicado recomendando cuidados “diante da atual ocorrência de meningite meningocócica na capital e outros municípios”. (...) Alarmada, sem o amparo de índices oficiais, a população iniciou então uma corrida aos pediatras e hospitais. (...) E quando cidades inteiras se alarmaram, o mesmo costume de não informar estabeleceu-se nas relações das autoridades com a imprensa, sistematicamente tratada com desconfiança (*Veja*, 1972, p. 24-28).

Além de não fornecerem informações precisas, autoridades acusavam a imprensa de alarmar a população. Em parte, isso revela o autoritarismo característico dos períodos de ditadura, com a centralização em todos os níveis de organização do Estado, a predominância absoluta do Poder Executivo em relação aos demais e a censura. Relações tensas entre poder público e imprensa não são típicas apenas em contextos ditatoriais. Mesmo com a redemocratização do país, o governo alegou em determinados momentos que a população era despreparada para receber informações sobre a meningite e que só aos técnicos interessaria saber se havia epidemia ou não, em nome da “preservação da tranquilidade”¹.

Mais recentemente, o episódio da febre amarela reacendeu o embate, só que num outro contexto político. A confirmação da primeira morte pela doença, no final de dezembro de 2007, e o aumento do número de mortes de macacos em áreas de mata levaram os órgãos de vigilância a adotar estratégias de controle, atraindo a atenção da imprensa no começo de 2008. O fato foi logo encarado como uma epidemia, provocando uma verdadeira corrida da população aos postos de saúde em busca da vacina que previne a doença. As tentativas do governo de explicar a situação, que incluíram notas pagas nos jornais de maior circulação no país, foram em vão, revelando a desconfiança da imprensa quanto às declarações oficiais. Nas manchetes e chamadas, houve uma escalada a respeito da febre amarela, em contraposição a declarações, dados e informes divulgados quase que diariamente pelo Ministério da Saúde². No *Jornal do Commercio* e no *Diário de Pernambuco*, foram verificadas 46 matérias, além de treze chamadas de capa, entre 7 de janeiro e 19 de fevereiro daquele ano.

¹ Entre 1986 e 1987, durante outra epidemia de meningite em São Paulo, observaram-se duas posturas distintas por parte das autoridades: de um lado, negando a situação e, de outro, confirmando a existência do problema e buscando conscientizar a população. A ocorrência de casos em outros oito estados levou o Ministério da Saúde a emitir nota informando que o fato caracterizaria um pré-surto, “pelo aumento do número de casos da doença em épocas frias”, sendo em seguida negado pelo ministro da Saúde, Borges da Silveira. Poucos meses depois, o ministério divulgou outra nota confirmando a epidemia em treze estados, incluindo Pernambuco. Desses, quatro negaram (Barata, 1990).

² Contabilizamos 45 divulgações oficiais do governo sobre a situação da febre amarela no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) no período citado.



Destacamos o texto publicado no dia 10 de janeiro de 2008 no *Diário*, informando o posicionamento do ministério e negando a ocorrência de uma epidemia:

O governo federal intensificou uma campanha de prevenção contra a febre amarela e enviou um alerta internacional após o crescimento do número de casos da doença, mas o Ministério da Saúde negou ontem que haja risco de epidemia. Em entrevista coletiva, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, disse que a situação está “sob controle” e que não há casos de febre amarela urbana no Brasil, nem riscos de epidemia (DP, 2008a).

Em 20 de janeiro, foi a vez de o *Jornal do Commercio* veicular uma matéria a respeito do mesmo assunto. Nesse caso, a informação da negativa da epidemia veio metaforizada por uma comparação (*as autoridades do Ministério da Saúde têm repetido como um mantra que não há risco de uma nova epidemia da doença*), além da crítica de um especialista sobre a atitude do governo de exagerar na recomendação da imunização na forma de discurso indireto:

Desde que os casos de febre amarela pipocaram no país, as autoridades do Ministério da Saúde têm repetido como um mantra que não há risco de uma nova epidemia da doença. (...) Um dos maiores especialistas em doenças tropicais no mundo, Luiz Hildebrando Pereira da Silva, diz que o governo poder ter exagerado ao estender a recomendação de vacinação contra a febre amarela para além de áreas de mata, conforme instrução divulgada pelo Ministério da Saúde brasileiro. A recomendação do governo abrange também áreas urbanas. A vacina traz riscos, destaca, e deve ser administrada com cuidado (Carvalho, 2008).

Grosso modo, os mantras são orações usadas no hinduísmo e expressas em sons, palavras, frases ou textos com determinado poder, uma espécie de energia que movimenta outras energias em volta de quem o entoia. No caso da matéria, a repetição das autoridades públicas de que o país não estava vivendo uma epidemia evidenciou como a metáfora foi utilizada para reforçar a negação frente à desconfiança.

De 16 de dezembro de 2007 a 2 de abril de 2008, o ministério notificou setenta casos suspeitos de febre amarela, dos quais quarenta foram confirmados e 21 evoluíram para óbito (MS, 2008). A suspeita de que o governo estava “escondendo” alguma informação levou o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, a fazer um pronunciamento na televisão em horário nobre no domingo 13 de janeiro de 2008 para tranquilizar a população. Eis o texto:

Estou aqui para tranquilizar a população brasileira sobre um assunto que está preocupando os brasileiros nos últimos dias. O temor de que esteja ocorrendo uma epidemia de febre ama-



rela no país. Não existe risco de epidemia. O Brasil não tem casos de febre amarela urbana desde 1942. Os casos registrados de lá para cá foram todos de febre amarela silvestre, ou seja, de pessoas que contraíram a doença nas florestas. Desde 2003, a ocorrência de febre amarela silvestre em seres humanos vem caindo gradativamente. Os casos suspeitos estão localizados e restritos a áreas onde algumas pessoas não vacinadas entraram em florestas e matas nas últimas semanas. O Ministério da Saúde tomou todas as medidas preventivas para evitar que casos da doença aparecessem antes mesmo da confirmação do caso sob investigação. Montamos uma grande barreira sanitária nas áreas de risco protegendo estados e municípios contra a febre amarela. E, de imediato, convocamos as pessoas que vão viajar ou moram em áreas de mata para tomar a vacina. Se você não mora ou não viajar para essas regiões não precisa se vacinar. Quem já se vacinou pode ficar tranquilo: o efeito da vacina protege as pessoas durante dez anos. Portanto, só procure os postos de saúde se morar ou for visitar as áreas de risco e nunca se vacinou ou foi vacinado antes de 1999. Mas, lembre-se, tomando a vacina, você estará totalmente protegido após dez dias. O Brasil é o maior produtor mundial de vacina contra a febre amarela. Os postos de saúde estão sendo abastecidos e as autoridades sanitárias estão preparadas para atender a quem realmente precisa tomar a vacina. Muito obrigado e boa noite³.

É possível perceber a ênfase dada pelo Ministério de que não havia risco de epidemia, apesar do temor existente. Observamos doze trechos que reforçam a segurança do país, sendo seis enfatizando a postura do governo diante da situação da febre amarela naquele momento e outros seis ressaltando a importância da vacina e o esquema montado para dar conta da imunização das pessoas que fossem eventualmente viajar para áreas de mata. O objetivo era tranquilizar a população, deixando claro que o país não tinha casos de febre amarela nos ambientes urbanos desde a década de 1940 e que a União estava tomando todas as medidas de controle. As marcas textuais no pronunciamento evidenciam a importância dada às declarações negativas, com objetivo de afastar a possibilidade de risco (uso do advérbio “não”), bem como a ênfase dada às ações preventivas e à necessidade de as pessoas procurarem os postos para se vacinarem contra a doença caso morassem em áreas de mata ou viajassem para regiões do tipo. O quadro 1 destaca esses trechos:

³ Texto do pronunciamento do ministro de Saúde José Gomes Temporão veiculado em cadeia nacional de televisão em 13 de janeiro de 2008 (MS, 2008).

Quadro 1 – A segurança do país em relação à febre amarela no pronunciamento do ministro da Saúde

<i>Ênfase na tranquilização da população</i>	<p><i>Estou aqui para tranquilizar a população brasileira não existe risco de epidemia.</i></p> <p><i>Brasil não tem casos de febre amarela urbana desde 1942.</i></p> <p><i>Ocorrência de febre amarela silvestre em seres humanos vem caindo gradativamente.</i></p> <p><i>Ministério da Saúde tomou todas as medidas preventivas montamos uma grande barreira sanitária nas áreas de risco.</i></p>
<i>Ênfase na importância da vacina e no esquema de imunização montado</i>	<p><i>Convocamos as pessoas que vão viajar ou moram em áreas de mata para tomar a vacina.</i></p> <p><i>Quem já se vacinou pode ficar tranquilo: o efeito da vacina protege as pessoas durante dez anos.</i></p> <p><i>Só procure os postos de saúde se morar ou for visitar as áreas de risco e nunca se vacinou ou foi vacinado antes de 1999.</i></p> <p><i>Tomando a vacina, você estará totalmente protegido após dez dias.</i></p> <p><i>Brasil é o maior produtor mundial de vacina contra a febre amarela.</i></p> <p><i>Postos de saúde estão sendo abastecidos e as autoridades sanitárias estão preparadas para atender a quem realmente precisa tomar a vacina</i></p>

O manual da redação da *Folha de S.Paulo* (FSP, 1992, p. 72) faz uma ressalva quanto ao posicionamento do governo frente a epidemias: “É comum autoridades da área de saúde negarem a existência ou protelarem a divulgação de epidemias, sob o argumento de não criar pânico”. A restrição revela a descrença da imprensa no especialista público, corroborando a ideia de que, mesmo em regimes democráticos, a relação entre os governos e os meios apresenta conflitos.

Evidentemente, o contexto sociopolítico durante a divulgação de notícias sobre a meningite na década de 1970 e a febre amarela nos anos 2000 é completamente diferente. Mas ambas as doenças guardam entre si aquela “cicatriz” discursiva que a memória da epidemia costuma suscitar, promovendo novos rearranjos entre o esquecer e o lembrar sobre as doenças potencialmente epidêmicas, além de levantar questões antigas na relação entre o Estado e a imprensa. Pernambuco, que não estava situado nas áreas de risco, vivenciou o pânico gerado pela mídia. A seguir, destacamos a primeira matéria que tratou da sobrecarga ocorrida nos postos de saúde pela procura da população pela vacina. Ela foi publicada no dia 12 de janeiro na editoria de Cidades, como matéria principal de capa do caderno:

A excessiva procura por vacina contra febre amarela nos postos do Recife está preocupando a Secretaria Municipal de Saúde, representantes locais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e técnicos do setor. Num dia e meio, os oito postos municipais que oferecem a vacina na capital imunizaram 1.471 pessoas. (...) “Se essa demanda crescer muito, pode faltar vacina para quem precisa”, alerta Graça Cavalcanti, diretora de Atenção à Saúde do Recife.

Ela apela para que só as pessoas com destino a áreas de risco para a febre amarela compareçam aos postos. Mas não é isso que está ocorrendo. Além dos viajantes, moradores do Recife e de outras cidades sem viagem programada têm buscado a vacina. “Se a doença chegar por aqui quero estar protegida”, disse a dona de casa Maria Rita da Silva, que procurou ontem o Lessa de Andrade e foi orientada a voltar para casa.

(...)

Para garantir que só os viajantes para área de risco tenham acesso à vacina, os postos estão exigindo comprovantes, como bilhete da passagem ou outro documento que comprove a ida (JC, 2008a)

O conflito provocou a ida de milhares de pernambucanos aos postos de saúde do Recife, os únicos que estavam vacinando em todo o estado. O fato levou a Secretaria de Saúde a limitar a vacinação às pessoas que apresentavam algum comprovante de viagem para áreas de mata do Centro-Oeste e algumas regiões de Goiás e Mato Grosso do Sul, diante do risco do fim do estoque da vacina no estado e da preocupação com a falta de informação das pessoas. A grande procura acabou desabastecendo os postos, conforme matéria publicada em 25 de janeiro no *Diário de Pernambuco*:

A grande procura pela vacina contra febre amarela já trouxe consequências em Pernambuco. Na terça e quarta-feira desta semana, houve desabastecimento do produto nos nove postos de saúde que oferecem a imunização no Recife. De acordo com Graça Cavalcante, diretora geral de atenção à saúde da Secretaria de Saúde do Recife, desde o dia 7 de janeiro, a procura pela vacinação cresceu consideravelmente. Foram 720 aplicações por dia, enquanto até o final do ano passado, este número era de dezessete.

Ontem, os postos de saúde do estado receberam reforço. De acordo com a técnica do Progra-



ma de Imunização de Pernambuco Adriana Baltar, foram 15 mil doses distribuídas às unidades de vacinação. “São cinco mil a mais do que recebemos normalmente. Pedimos este reforço por causa do carnaval, quando muitos viajam pelo país”, explica.

Graça e Adriana afirmam que as dosagens são suficientes para atender a demanda dos viajantes que se dirigem a áreas de risco, principalmente o Centro-Oeste do país. “Se as pessoas se conscientizarem e tomarem a vacina apenas nesta circunstância, não teremos desabastecimentos”, diz Graça Cavalcante (Sotero, 2008).

Pela fala da gestora, verifica-se a ênfase dada à conscientização a fim de garantir a normalidade. A matéria que havia saído dois dias antes, em 23 de janeiro, desta vez no *Jornal do Commercio*, já revelava a situação da imunização desnecessária no Brasil:

Quase 1 milhão de pessoas se vacinaram contra febre amarela em Goiás sem necessidade desde dezembro.

(...)

Um balanço do governo do estado aponta que 3,4 milhões de pessoas tomaram a vacina desde 17 de dezembro, quando a morte de macacos por febre amarela provocaram [sic] uma corrida aos postos do estado – que tem 5,6 milhões de habitantes.

As imunizações desnecessárias correspondem a 29% do total de vacinados. Oito pessoas já morreram este ano após contrair febre amarela no estado. Outras duas mortes suspeitas estão sob análise (JC, 2008b).

Pelos cálculos, 29% dos quase 1 milhão de vacinados tomaram a dose sem precisar. Além de se configurar numa situação preocupante, o episódio nos remeteu à histórica Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro em 1904, devido à vacinação obrigatória imposta para imunizar a população contra a varíola (Ujvari, 2003). A ida de centenas de milhares de brasileiros aos postos em 2008 revelou uma espécie de revolta às avessas. Diante do desentendimento causado entre imprensa e autoridades quanto à declaração ou não de “epidemia” e o temor de que o país estivesse vivendo uma situação de descontrole, como os eventos epidêmicos costumam suscitar na memória das pessoas, a “luta” agora era individual. A finalidade era assegurar a proteção do organismo humano, indicando sutilmente a força e legitimidade do discurso científico obtidas nos últimos séculos.

REFERÊNCIAS FINAIS

Analisando os episódios de meningite e febre amarela, constatamos que relações de conflito entre autoridades e imprensa nunca deixaram de existir. Apenas tendem a ser mais acentuadas durante regimes autoritários. Para nós, o reconhecimento de uma epidemia e o momento certo de divulgá-la está longe de ser um ponto de consenso, podendo levar a situações completamente distintas. A análise das duas coberturas é um indicativo dessa dificuldade.



Com a febre amarela em 2008, apesar de não ter se configurado realmente em epidemia, a exemplo do que tinha sido com a meningite nos anos 1970, o caso revela um pouco dos obstáculos que permeiam a divulgação de situações de risco. Ao trazer à tona noções seculares que envolvem as moléstias, como medo, mal, morte, risco e epidemia (Ferraz, 2010), a memória discursiva confere representatividade às doenças infecciosas no meio social, determinando a forma como elas são encaradas. Por serem permeados pela memória de moléstias epidêmicas do passado, os novos discursos sofrem uma influência dos sentidos anteriores para significar a experiência da doença.

No episódio da febre amarela, a polêmica trouxe lições. Uma delas foi que o impacto do noticiário na construção de discursos alarmistas poderia ter tido consequências mais sérias na opinião pública. A principal delas dizia respeito à superdose de vacinas. Pelo menos 43 pessoas foram internadas com sintomas da “overdose”, por terem tomado duas e até três vezes a vacina (DP, 2008b). O pânico comprometeu também o estoque de doses, obrigando o governo a produzir mais vacinas.

Todo esse alarde teve influência direta da mídia na politização de um episódio, dando a ideia de descontrole às ações de governo e confundindo as pessoas. Por outro lado, revelou a contribuição das autoridades nesse processo, ao terem estendido a recomendação da vacinação para além de áreas de matas, abrangendo também áreas urbanas. Para nós, a mudança na instrução num momento particular de férias, entre o final de 2007 e início de 2008, pode ter sido decisivo para o dimensionamento exacerbado por parte da imprensa, que, em vez de esclarecer, confundiu ainda mais a cabeça das pessoas. Isso acabou dando a conotação de uma epidemia que não houve.

Para a saúde pública, que lida permanentemente com situações de risco, é preciso refletir sobre a melhor forma de divulgar os dados a fim de se evitar ou, pelo menos, minimizar os possíveis problemas que possam ocorrer. Em contextos de epidemia, a imprensa se converte numa instância importante na comunicação desse risco por disseminar as informações para um maior número de pessoas. Nesse sentido, as autoridades devem ter em mente que uma melhor cobertura depende de um maior comprometimento e abertura em relação aos veículos, buscando sensibilizá-los sobre a importância de se falar em saúde e estimulando, com isso, um conhecimento mais amplo dos jornalistas que cobrem a área.

REFERÊNCIAS

BARATA, Rita de Cássia Barradas. *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo: Cortez, 1988.

_____. Saúde e direito à informação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 385-99, out.-dez. 1990.

CARVALHO, Clara. Não há razão para vacina obrigatória. *Jornal do Commercio*, Recife, a. 90, n. 20, 20 jan. 2008.



CHARAUDEAU, Patrick; MAINGUENEAU, Dominique. *Dicionário de análise do discurso*. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2008.

DP – Diário de Pernambuco. Descartada epidemia de febre amarela. Recife, Diário de Pernambuco, Editoria Cidades, a. 183, n. 10, Editoria Brasil, 10 jan. 2008a. Disponível em: <http://www.pernambuco.com/diario/2008/01/10/brasil1_0.asp>. Acesso em: 30 set. 2011.

_____. Crescem casos de efeitos colaterais. *Diário de Pernambuco*, Editoria Brasil, 29 jan. 2008b.

FERRAZ, Luiz Marcelo R. *Epidemia e memória: narrativas jornalísticas na construção discursiva sobre a dengue*. 2010. 250 fl. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Trad. de Roberto Machado. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GOMES, Isaltina M. de Azevedo Mello; FERRAZ, Luiz Marcelo Robalinho. *Ameaça e controle da gripe A (H1N1): uma análise discursiva de Veja, IstoÉ e Época*. In: CONGRESO ALAIC, X, 2010, Bogotá. Anais... Bogotá: Alaic, 2010.

JC – Jornal do Commercio. *Procura por vacina preocupa médicos*. Recife, Jornal do Commercio, Editoria Cidades, a. 90, n. 12, 12 jan. 2008a.

_____. *Um milhão se vacinaram se necessidade em GO*. Recife, Jornal do Commercio, Editoria Brasil, a. 90, n. 23, 23 jan. 2008b.

FSP – *Manual de redação*. São Paulo: Publifolha, 1992.

MS – Ministério da Saúde. *Situação da febre amarela silvestre no Brasil, 2007 e 2008*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, abr. 2008.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. 6. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SILVA, Luiz Jacintho da; ANGERAMI, Rodrigo Nogueira. *Víroses emergentes no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SOTERO, Tatiana. Recife volta a oferecer vacina. Diário de Pernambuco, Recife: a. 183, n. 25, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://www.pernambuco.com/diario/2008/01/25/brasil2_1.asp>. Acesso em: 30 set. 2011.

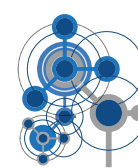
UVJARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. Rio de Janeiro / São Paulo: Senac, 2003.



VEJA. *A epidemia nacional do medo*. São Paulo, n. 213, p. 24-29, 4 out. 1972.

VEYRET, Yvette; RICHEMOND, Nancy Meschinet. Definições e vulnerabilidades do risco. In: VEYRET, Yvette (Org.). *Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente*. São Paulo: Contexto, 2007. p. 25-46.

Recebido em: 09.04.2012 / Aceito em: 04.06.2012



ENTREVISTA





Dr. Alexandre Padilha

- Ministro de Estado da Saúde do Brasil desde janeiro de 2011
- Presidente do Conselho Nacional de Saúde
- Foi ministro de Estado chefe da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República de setembro de 2009 a dezembro de 2011
- Formado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)
- Pós-graduado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP)

Entrevistadores

Maria Aparecida Ferrari
Arquimedes Pessoni

Foto

Report Images

<http://www.google.com/search?hl=en&q=Ministro+Padilha%2C+fotos>

Saúde, comunicação, humanização

Health, communication, humanization

Salud, comunicación, humanización

Entrevista

Alexandre Padilha

Comunicação, saúde e humanização foi o foco de nossa entrevista com o ministro da Saúde, Dr. Alexandre Padilha, que, em meio a seus tantos compromissos oficiais, nos atendeu prontamente. Com base nos fatos de que a situação da saúde brasileira não é segredo para ninguém e de que são inúmeras as demandas nos serviços oferecidos a uma população de quase 200 milhões de habitantes, ele esclareceu como funciona o Sistema Único de Saúde e como as campanhas e outras iniciativas da área têm sido gerenciadas por ele e sua equipe. Nas respostas do ministro às nossas perguntas, ficou claro que, na relação médico-paciente a comunicação, o acolhimento, a humanização são elementos vitais para o êxito de qualquer tratamento de saúde. A qualificação técnica e profissional do Dr. Alexandre Padilha, evidenciada em seus comentários, o credenciam plenamente como gestor de um dos mais importantes ministérios do governo, representado pela pasta da Saúde.

• • • • •

Organicom – *No nosso dossiê sobre Comunicação e Saúde recebemos vários artigos que tratam de pesquisas realizadas sobre o combate à dengue. Podemos dizer que a dengue já está erradicada?*

Ministro Padilha – A dengue não está erradicada no Brasil. Mas, as medidas de combate à doença adotadas pelo Ministério da Saúde demonstram que o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) está no caminho certo. Entre 1º de janeiro e 9 de junho deste ano, foram registrados 2.071 casos graves, contra 9.766 no mesmo período do ano passado. Em relação aos casos gerais, a redução foi de 51%. Os casos registrados passaram de 649.922, em 2011, para 431.194, neste ano. Em relação aos óbitos, a queda apresentada foi de 70%.

A queda nos óbitos e nos casos graves se deve, principalmente, à organização da rede pública de saúde em todo o país, à ampliação no fluxo de atendimento e, sobretudo, ao diagnóstico precoce. Também se destaca como contribuição para essa redução, o esforço dos profissionais de saúde e o controle da vigilância pelas equipes de saúde pública, além da participação da população no combate à doença, com a adoção de medidas para reduzir os focos da doença nas residências.

A dengue não está erradicada no Brasil. Mas, as medidas de combate à doença demonstram que o Programa Nacional de Controle da Dengue está no caminho certo



Consideramos as ações de promoção da saúde estratégicas para a prevenção de doenças crônicas e a melhoria da qualidade de vida do cidadão brasileiro

O Ministério da Saúde, no início deste ano, efetuou o repasse de R\$ 92,8 milhões para 1.159 municípios selecionados pela Portaria 2577 exclusivamente para qualificação das atividades de prevenção e controle da dengue. Os recursos correspondem a um acréscimo de 20% do Piso Fixo de Vigilância e Promoção à Saúde, repassado rotineiramente para estados e municípios, e beneficiaram mais de 100 milhões de pessoas.

O valor repassado teve como destino ações que qualifiquem as atividades de prevenção e controle da dengue, como garantir o número adequado de agentes para as visitas domiciliares, visitar pelo menos quatro vezes os domicílios do município, efetuar a vigilância entomológica e epidemiológica, realizar o LIRAa (Levantamento de Infestação do *Aedes aegypti*) pelo menos três vezes por ano ao ano (janeiro, março e outubro), notificar imediatamente os óbitos por dengue, garantir atenção ao paciente com insumos e capacitar os profissionais de saúde.

Ainda entre as ações promovidas pelo Ministério da Saúde estão a aquisição de 2,5 toneladas de larvicidas e 350 mil litros de inseticidas para distribuição aos estados e municípios, bem como a compra de 12.717 kits diagnósticos, suficientes para processar mais de 1 milhão de amostras. Também intensificamos a campanha de mídia e disponibilizamos para as secretarias estaduais de saúde o registro de preços para aquisição de insumos em apoio a situações de epidemia, como medicamentos, solventes para inseticidas e equipamentos de nebulização.

Organicom – *A edição anterior de nossa revista tratou do tema Comunicação e Esporte. Muitos dizem que o investimento no esporte é um grande agente de prevenção e diminuição de doenças. O senhor acredita nisso?*

Ministro Padilha – Consideramos as ações de promoção da saúde estratégicas para a prevenção de doenças crônicas e a melhoria da qualidade de vida do cidadão brasileiro. O Programa Academia da Saúde é o carro-chefe para induzir o aumento da prática da atividade física na população. As academias são importantes no combate às doenças crônicas não-transmissíveis, responsáveis por 72% das mortes no país. A prática de exercícios ajuda a prevenir e controlar doenças como hipertensão e diabetes e seus fatores de riscos como a obesidade e o sedentarismo.



Previsto no Plano de Ações Estratégicas das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), lançado ano passado, o programa prevê a implantação de polos com equipamentos e profissionais para orientação de práticas corporais, atividades físicas e lazer. A meta é construir 4 mil polos até 2014.

O Ministério da Saúde tem investido em promoção de hábitos saudáveis e firmado parcerias com o setor privado e com outras pastas do governo. Para diminuir o consumo de sódio entre a população, firmamos acordo com a indústria alimentícia que prevê a diminuição gradual do uso do sódio em dezesseis categorias de alimentos. O pão francês, as massas instantâneas e a maionese são alguns dos alimentos que vão sofrer redução do sal.

Realizamos uma série de ações relacionadas aos hábitos saudáveis para crianças e adolescentes. Um deles foi a assinatura de acordo entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional das Escolas Particulares (Fenep) para implementar alimentos mais saudáveis em suas cantinas, com menos sódio, açúcar e gordura. Também promovemos a Semana de Mobilização Saúde na Escola, que envolveu 22 mil escolas públicas em 1.938 municípios que aderiram à iniciativa. Essa mobilização acontecerá todos os anos e faz parte das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvido pelos ministérios da Saúde e da Educação e integrado ao Programa Brasil Sem Miséria.

Organicom – *Qual é a sua postura diante das campanhas de saúde desenvolvidas pelo setor de comunicação de seu ministério? O senhor costuma opinar sobre elas?*

Ministro Padilha – Costumo acompanhar as ações que envolvem o Ministério da Saúde. A agenda começa às 9h, com o *briefing* diário com equipe do Gabinete. Em seguida, são realizadas reuniões para avaliar as Redes Prioritárias, como, por exemplo, Melhor em Casa, SOS Emergências, Cartão SUS, entre outros programas. A partir daí, a agenda é reservada para atendimento de parlamentares, imprensa e demais audiências. Além disso, uma vez por semana, temos reunião ampliada, com a coordenação de comunicação-imprensa e publicidade, na qual avaliamos as propostas de campanha e o planejamento da semana.

O Ministério da Saúde tem investido em promoção de hábitos saudáveis e firmado parcerias com o setor privado e com outras pastas do governo



Temos atuado na regionalização não só de nossas campanhas, mas também de nossos releases e de nossa inserção nos meios de comunicação

Organicom – *Temos acompanhado pelos noticiários que a população carente segue sofrendo com a falta de estrutura dos hospitais públicos. Como comunicar à população o trabalho que o Ministério da Saúde está fazendo para minimizar essa questão? Existe alguma “fórmula mágica” para os profissionais da saúde se comunicarem com a população?*

Ministro Padilha – Creio que temos duas questões. Uma é a comunicação do ministério com o usuário e a outra, a comunicação dos profissionais com o usuário. São duas estratégias diferentes. Na primeira temos um planejamento de mídia formal, baseado nas análises do nosso objeto de comunicação e dos nossos interlocutores, focados na publicidade e na assessoria de imprensa. Nesse sentido temos atuado, especialmente, na regionalização não só de nossas campanhas, mas também de nossos *releases* e de nossa inserção nos meios de comunicação, focando as informações nos dados e na realidade local, marcando entrevistas em rádios e jornais regionalizados. A publicidade também segue a mesma estratégia. Temos investido nas redes sociais e esse é o diferencial. Um espaço relativamente novo e o Ministério da Saúde tem uma ação concreta e articulada, tanto que nosso *blog* está relacionado entre os mais influentes na área no país. Outra estratégia importante refere-se às inovações que fizemos em nossa ouvidoria, deixando-a mais proativa. Exemplo disso é a Carta SUS, enviada a cada cidadão internado na rede pública. Por meio dela identificamos situações de cobrança indevidas, fraudes em internações e a avaliação da satisfação do usuário com o atendimento no hospital.

A comunicação dos profissionais com o usuário depende de outro tipo de iniciativa, como capacitação e programas que incentivem a humanização e a qualidade no atendimento, uma das nossas grandes metas. Na Atenção Básica temos um programa de qualificação que premia quem melhor atende na área hospitalar e temos o SOS Emergência, que, entre outras ações, propõe a criação do acolhimento com classificação de risco já na chegada do paciente no hospital.

Além disso, estamos a cada dia buscando programas e ações estratégicas para aumentar o acesso e qualificar o serviço. Um bom exemplo é nosso projeto de implantar uma sucursal do Canal Saúde em Brasília, melhorando a programação, aumentando sua capilaridade e disponibilizando o sinal em todas as salas de espera do Brasil.



Organicom – *O senhor acredita que o modo de comunicação entre o profissional da saúde e os pacientes seja um diferencial nos processos de tratamento? Além das regras determinadas pela legislação, como informar didaticamente sobre o tratamento, a medicação etc. O senhor acredita que a comunicação mais humanizada contribua para a melhoria do estado geral de saúde de um paciente?*

Ministro Padilha – No tratamento de saúde a comunicação, o acolhimento, a humanização são compreendidas como partes integrantes. Acreditamos e perseguimos isso: um cuidado mais humanizado, mais carinhoso. Incentivamos em nossas capacitações, que ocorrem frequentemente nas mais diversas áreas do Ministério da Saúde, que os profissionais escutem e acolham os pacientes e seus problemas, porque isso pode ser crucial na sua cura e na devolução de sua autonomia.

Organicom – *Qual é a sua opinião sobre a bula como meio de comunicação para os pacientes? Dizem que quem ler uma bula não toma o medicamento. Talvez sequer a entenda. Haveria outro caminho?*

Ministro Padilha – O olhar sobre a embalagem e a bula, como uma forma de comunicação com o paciente e não apenas como uma formalidade que a indústria precisa seguir, é novo. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem feito a sua parte em estar sempre buscando formas novas de comunicar melhor por meio dessa ferramenta, facilitando a linguagem para que possa ser entendida pelo usuário, mas podemos melhorar. Conheço pessoas leigas que não tomam medicação sem ler a bula. Claro que focam alguns aspectos como dosagem, contraindicação e reações adversas, mas se a linguagem ficar mais fácil pode-se ter acesso a outras informações importantes. O remédio genérico facilitou isso, pois deixamos de trabalhar com o nome diferente dado por cada laboratório, para trabalharmos com a substância, o que facilita conhecer melhor o medicamento indicado ao paciente.

A comunicação, o acolhimento, a humanização são compreendidas como partes integrantes. Perseguiamos isso: um cuidado mais humanizado, mais carinhoso



O Ministério da Saúde vê as redes sociais como uma forma de opinar, de conversar, de ouvir o usuário, de garantir o diálogo com a sociedade e sua ampla participação

Organicom – *Qual é a sua opinião sobre a chegada das redes sociais? O senhor acredita que o uso delas ajude o paciente na busca de informação sobre remédios ou doenças? Ou o fácil acesso à informação pode ser um risco para automedicação e autodiagnóstico?*

Ministro Padilha – As redes sociais são fundamentais para garantir a participação das pessoas. O Ministério da Saúde vê as redes sociais como uma forma de opinar, de conversar, de ouvir o usuário, de garantir o diálogo com a sociedade e sua ampla participação. Por exemplo, quando ele divulga informações nas redes sociais, trata-se de ações de saúde pública que auxiliam na melhoria da qualidade de vida do cidadão, seja para a promoção da saúde, a prevenção de doenças ou a adesão da população às mobilizações de campanhas. Por isso, as redes sociais do ministério agem nesse sentido, de qualificar o SUS por meio do diálogo, acolhendo demandas. Estou convencido de que isso facilita o processo para a população separar o joio do trigo ou, melhor, o que é *fake* do que é real.

Organicom – *O Ibope acabou de apresentar dados recentes que informam que 81% da população brasileira são internautas. Como esses dados interferem no trabalho do Ministério da Saúde? E o ministério atua nessa frente, fala diretamente com essa população?*

Ministro Padilha – Investimos em ferramentas nesse sentido e buscamos aprimorá-las, porque acreditamos no intuito da internet, de ser aberta e democrática, de falar com a população sem intermediação de terceiros. Por isso, desde 2011, tornamos mais amigáveis o leiaute e a busca do Portal da Saúde (saude.gov.br), que é portal repleto de informações sobre saúde. Temos uma Web Rádio Saúde (webradio.saude.gov.br), que funciona na internet durante o dia inteiro. E existe o ComunicaSUS (comunicasus.com.br), uma rede social exclusiva para os assessores de comunicação do SUS em todo o país. Criamos o Blog da Saúde, que, segundo levantamentos recentes, já está entre os cem *blogs* mais influentes do Brasil. Além disso, estamos maciçamente presentes nas mídias sociais que o brasileiro mais acessa, como YouTube, o Twitter e o Facebook, postando conteúdos e interagindo diariamente



Organicom – *O senhor acredita que a comunicação entre médicos, governantes e pacientes vai mudar com a chegada das redes sociais?*

Ministro Padilha – Entre população e governo já mudou. Você tem manifestações populares engajadas à base de redes sociais, ou seja, muita vontade de realizar algo, de fazer uma mudança. Como eu disse, se alguém demanda algo de saúde no meu perfil ou nos perfis do Ministério da Saúde nas mídias sociais, isso é encaminhado para apuração. Com a rede social o que ocorre? Quebra-se a cadeia em que havia algum intermediário entre população e governo. Sobre a comunicação entre médicos e pacientes, ainda acredito no contato olho no olho, em atender bem, de forma humanizada, o paciente e ele sair da consulta satisfeito. É também para isso que temos trabalhado todos os dias.

Acreditamos no intuito da internet, de ser aberta e democrática, de falar com a população sem intermediação de terceiros





Dr. David Uip

- Médico, com mestrado e doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias
- Livre-docente em Toxoplasmose em Pacientes Submetidos a Transplante Cardíaco, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP)
- Diretor técnico de Serviço do Instituto de Infectologia Emílio Ribas
- Trajetória profissional ligada à área acadêmica e a clínica médica
- Foi médico de importantes personalidades da política brasileira, entre elas o ex-governador de São Paulo Mário Covas

Entrevistadores

Maria Aparecida Ferrari
Arquimedes Pessoni

Foto

Renata Biagioni Wroblewski

Comunicação médico-paciente

Doctor-patient relationship

Comunicación médico-paciente

Entrevista

David Uip

Entre seus compromissos no Hospital Emilio Ribas e as consultas na clínica médica, o Prof. Dr. David E. Uip, uma das maiores autoridades sobre infectologia do Brasil, nos recebeu para uma entrevista. Chamou-nos a atenção seu interesse pela comunicação e como ele a tem incorporado na relação médico-paciente. Sua experiência acadêmica, bem como em clínica médica, gestão de hospitais e atendimento de personalidades de vários setores da sociedade, se irradia na sua conversa e nos exemplos que nos deu para as nossas perguntas. Para sintetizar, Dr. Uip é, sobretudo, um profissional que, com sua experiência e seus conhecimentos, conseguiu angariar credibilidade nos meios de comunicação e em outros setores da sociedade. Sua opinião é respeitada e aceita, o que faz dele um comunicador por natureza.

• • • • •

Organicom – *Como o senhor define a comunicação?*

Dr. David Uip – A comunicação é fundamental. Tanto que há muitos anos eu trabalho intuitivamente com isso. Eu descobri a importância e achei que era um caminho que deveria ser seguido. Tanto a comunicação interna, como a comunicação externa. Como diretor do Hospital Emílio Ribas, percebo a dificuldade de uma comunicação ampla com todos os públicos.

Quanto à comunicação interna, na minha gestão, desenvolvi, com um grupo de representantes de todas as áreas, uma série de ações, como reuniões com o corpo clínico e com todos os funcionários do hospital, objetivando capilarizar a informação, uma vez que estamos falando de um número enorme de funcionários no complexo hospitalar.

Temos duas jornalistas, ligadas à Secretaria do Estado da Saúde, que me assessoram para transpor a dificuldade de comunicação com diferentes grupos de públicos. Noto que o grande problema é fazer chegar às bases a informação que foi decidida nas reuniões de colegiado. Dessa forma, acredito que a comunicação é um processo que afeta diretamente o meu trabalho.

Quanto à comunicação interna, realizamos reuniões com o corpo clínico e com todos os funcionários do hospital, objetivando capilarizar a informação



Somos técnicos extremamente especializados e, portanto, temos obrigação de comunicar tudo aquilo que entendemos que seja necessário

Por outro lado, a comunicação externa é uma obrigação nossa, embora seja o grande temor da maioria dos médicos. Médico não gosta de falar com jornalistas. E eu sempre digo que nós somos técnicos extremamente especializados e, portanto, temos obrigação de comunicar tudo aquilo que entendemos que seja necessário. Se nós não falarmos, quem vai falar por nós? A nossa informação é segura e respaldada cientificamente. Nenhum de nós fala se não estiver absolutamente atualizado.

Estamos vivendo duas situações interessantes. A primeira é que acabaram de criar uma pandemia do H1N1. De onde os meios de comunicação tiraram isso eu não tenho a menor ideia! A verdade é que nós não estamos com uma pandemia. O segundo caso está relacionado com a invenção de um medicamento, uma pílula que vai acabar com a aids no mundo. É uma pílula que, caso aprovada, é para ser distribuída para as populações expostas. Portanto, precisamos parar e pensar: uma coisa é você analisar um trabalho científico, que, neste caso, foi muito bem feito; a outra é transformar a conclusão em política pública. Como eu posso imaginar quem são as populações expostas? Onde elas se encontram? Então, eu não estou lidando com uma população de indivíduos doentes, estou lidando com uma população de indivíduos expostos. E o que é ser exposto?

O médico tem que se posicionar. Falar o que as pessoas querem ouvir é fácil. Mas, a meu ver, o lado da comunicação que é importante é o da comunicação técnica. Acho que é vital e é obrigação do profissional da saúde ter conhecimento dela.

A meu ver, o lado da comunicação que é importante é o da comunicação técnica. Acho que é vital e é obrigação do profissional da saúde ter conhecimento dela



Por último, o outro lado da comunicação que temos que enfrentar é a comunicação de crise na saúde, pois o porta-voz, no caso o médico, tem que ter credibilidade. No caso da pandemia H1N1, em 2009, eu fui o porta-voz e dei entrevista até para a televisão da Coreia do Sul, para o mundo inteiro, porque era algo que estava acontecendo no Brasil e precisava ser comunicado. Foi um processo interessante, pois meu papel como porta-voz era explicar a crise e acalmar a opinião pública.

A outra situação, que também é muito interessante, é ser porta-voz institucional em situações que são eventuais, mas extremamente importantes. A primeira que eu vivi foi na doença do político Tancredo Neves e na qual o porta-voz era um jornalista. A rotina era a seguinte: a equipe médica comunicava ao jornalista o que estava fazendo e ele elaborava a informação para a imprensa. Até aí tudo bem. Só que as informações nem sempre eram entendidas e aí chegavam os problemas de interpretação.

Esse processo ficou muito claro pra mim na época da doença do governador de São Paulo Mário Covas. Além de eu ser médico dele, ele determinou que eu falasse em nome dele, da família e do governo. E para mim isso foi uma quebra de paradigma. Foi a primeira vez que eu vi um político que quis que as coisas fossem faladas claramente, sem esconder nada. Então, nós criamos um sistema de informação no qual nós – médicos – nos reuníamos com o governador e com a assessora de comunicação e preparávamos um boletim que era comunicado por mim ou por outro membro da equipe e nos colocávamos à disposição da imprensa para as dúvidas. Com isso, acabamos com o *off* da imprensa. Claro que houve alguns desvios, mas no geral as informações transmitidas pela mídia estavam corretas. A imprensa e, conseqüentemente, o povo brasileiro foram informados absolutamente de tudo, como era o desejo do governador Mário Covas.

Organicom – *Então para o senhor a comunicação é...*

Dr. David Uip – ... também uma arte. Desde que entrei no Hospital Emílio Ribas, há três anos e meio, tenho feito muito para que outros médicos falem pela instituição. Assumi um hospital que precisa de muitos investimentos. Era um hospital bem conhecido pela sociedade, mas com grandes dificuldades de recursos financeiros e humanos. Minha estratégia foi mostrar a história desse hospital. E essa história tem que ser contada direito. Então, hoje, no Emílio Ribas vários médicos falam para a imprensa de assuntos técnicos. Isso está sendo muito incentivado.

Eu acredito que consegui avançar muito e até consegui convencer que precisava de assessoria. Tenho duas jornalistas que cuidam da assessoria de imprensa e de projetos específicos.



Se existem deficiências dos médicos para entender o processo de comunicação, os jornalistas também têm um conhecimento incipiente em termos de treinamento para a área da saúde

Se existem problemas de deficiências dos médicos para entender o processo de comunicação, os jornalistas também têm um conhecimento incipiente em termos de treinamento para a área da saúde. Aí temos outro desafio. Você vai ser entrevistado e, muitas vezes, os veículos de comunicação não enviam um jornalista especializado. E então temos que explicar para o jornalista até mesmo o que ele deve perguntar...

Organicom – *Da comunicação no dia a dia vamos passar para o currículo das escolas de saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia etc.). A ser ver, como a comunicação deveria ser tratada na área da saúde?*

Dr. David Uip – Existem muitas falhas no currículo do curso de Medicina, em especial. A comunicação não existe como disciplina na grade curricular. Eu fico pensando na importância que tem para um médico fazer a gestão do próprio consultório e com isso aprender a ser um empreendedor. Sou professor da Faculdade de Medicina do ABC e tenho usado uma estratégia, que é conseguir parceiros para os meus projetos sociais. Montei um prédio inteiro, totalmente com doações. Agora, o indivíduo doou por quê? Porque tenho credibilidade. Ele sabe que o recurso vai ser bem utilizado, controlado, mas tem que conhecer a mim ou a outro colega médico que tenha credibilidade. Então, tudo isso é um processo de relacionamento conquistado ao longo do tempo, com comunicação e produtos tangíveis e de qualidade.

Organicom – *Além dos veículos tradicionais, agora contamos com as redes sociais, que têm causado certo “furor” nas mais diferentes áreas do conhecimento. E o Dr. Google: ajuda ou atrapalha?*



Dr. David Uip – Eu acho que, quanto mais informadas estiverem as pessoas, melhor. Agora, sempre deixo claro para o meu paciente que ele nunca vai saber mais do que eu em termos de medicina. Nem ele e nem o Google. Tenho pacientes que entram no Google, identificam trabalhos científicos pertinentes e me mandam com um bilhetinho: “caso o senhor não tenha lido, aqui está a informação”. Conclusão: eles me capacitam e não me sinto ofendido. Prefiro trabalhar com pessoas informadas a lidar com pacientes não entendem o que está acontecendo.

Organicom – *Há algumas décadas, não existia o computador. Então, o que o médico dissesse ao paciente estava ok. Hoje o paciente chega em casa e vai buscar o remédio, a palavra-chave. Qual é o risco disso?*

Dr. David Uip – O risco é o quanto isso atrapalha a pessoa. A mim não atrapalha em nada. Por exemplo: o indivíduo acaba de saber que está com aids. Ele vai ler tudo que puder e então, na maioria dos casos, enlouquece. Ele chega ao meu consultório transtornado, porque não teve como filtrar as informações e isso foi ruim para ele. Meu trabalho é colocar as coisas nos seus devidos lugares. Mas, pensemos no que ele sofreu até chegar aqui...

Organicom – *Como vimos, muitos pacientes buscam informações sobre doenças, sintomas e remédios. Já existem grupos de pessoas que sofrem de uma determinada doença e formam grupos de autoajuda. O senhor acredita que os grupos ajudam o paciente na busca de informação sobre remédios ou doenças?*

Dr. David Uip – Uma das reivindicações dos meus pacientes é para eu criar grupos nos quais eles possam conversar. Mas é um grande desafio. Primeiro, vou precisar de um moderador. Aí, na relação do HIV, tenho que ter pessoas com determinadas semelhanças, sejam culturais ou intelectuais, porque, se o grupo for muito heterogêneo, existe grande possibilidade de domínio de uma pessoa sobre os demais. Além disso, em fases de evolução da doença semelhantes, se pego um indivíduo que é HIV assintomático e um indivíduo que é HIV há vinte anos, lipodistrófico, este olha e fala “eis o meu futuro”, o que não é necessariamente verdadeiro.

Sempre deixo claro para o meu paciente que ele nunca vai saber mais do que eu em termos de medicina. Nem ele e nem o Google



Um computador não vai substituir a relação médico-paciente. Essa relação tem que ser cultivada, enriquecida. E isso só se dá no contato pessoal

Então, até o momento, estou hesitando porque temo que, em vez de criar uma solução, vou criar mais um problema. É preciso ser muito cuidadoso na composição do grupo e tem que haver pessoas moderadoras com muita experiência. Não se sabe aonde vai parar essa conversa e até onde vai ajudar ou prejudicar. No caso do HIV, não é simples. É uma doença com muitos preconceitos e as redes sociais têm o “anonimato”. Não se sabe com quem se está falando. Então, eu temo por quem vai acessar justamente em um período de vulnerabilidade física e emocional.

Organicom – *O senhor acredita que a comunicação entre médicos, governantes e pacientes vai mudar com a chegada das redes sociais?*

Dr. David Uip – O jornal *O Estado de S. Paulo* publicou, no dia 17 de julho de 2012, um artigo escrito pelo Dr. Antônio Carlos Lopes. Ele usas frases dele que até parecem ser minhas. Muitas coisas que ele escreveu eu falo há muitos anos, principalmente no que se refere ao relacionamento médico-paciente.

Por exemplo: você vem aqui, eu fico olhando para você. Primeiro, quando você entra, tem que ser tratado afetivamente, o que é muito curioso. Você dá a mão, um abraço e quebra o gelo na primeira hora. Segundo, você é de um jeito e paciente de outro. Minha conversa tem que estar adequada com a faixa etária de meu paciente. Então, esse discurso tem que ser elaborado para cada um de meus pacientes. Na verdade, eu tenho que ter essa pluralidade para conseguir ter acesso às informações e aos sintomas que o paciente vai contar. Há outra coisa muito curiosa: médico tem que saber ouvir, o que é difícil. E, mais, tem que ouvir o que não está sendo falado, porque por trás de conversas existem outras coisas que, se ele não for muito atento e perspicaz, não as ouve. Então, isto só se dá de um jeito: por meio do contato. Eu sempre digo que um computador de última geração não vai substituir a relação médico-paciente. E esse é o ponto fundamental. Essa relação tem que ser cultivada, enriquecida, e isso só se dá no contato pessoal, nada vai substituir isso.



Organicom – *Como manter esse relacionamento que o senhor afirma ser tão importante quando no Brasil o sistema de saúde, seja público ou privado, exige que o médico atenda xis pacientes por dia? Onde fica a relação médico-paciente?*

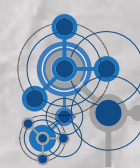
Dr. David Uip – Esse modelo está errado! No ambulatório do Hospital Emílio Ribas atendemos milhares de pessoas por dia. Mas eu exijo que cada médico atenda no máximo oito pacientes no período de quatro horas, seis retornos e dois novos. O médico tem que estar lá das 8h00 às 12h00. É bom para todo mundo, especialmente para médico, que tem tempo para conversar com o paciente e fazer um diagnóstico mais acertado. Só temos que contar com uma variável que é o pagamento digno. Esse médico não pode ganhar mil reais por mês!

Organicom – *As pesquisas mostram que um baixo número de médicos jovens opta pelas regiões Norte e Nordeste do Brasil, o que indica que a maioria prefere ficar nos grandes centros urbanos. O que é preciso fazer para motivar esses jovens para investir sua carreira em outras regiões do país?*

Dr. David Uip – Eu vivi uma experiência interessante, porque coordenei a área da saúde do Projeto Rondon e trabalhei muito tempo no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, e em Araçuaí, no interior do Pará. E há dez anos coordeno o projeto de assessoria de aids em Angola.

Acredito que o que mais prejudica o trabalho do médico é a falta de estrutura. Ele sabe que vai para um determinado lugar onde não vai ter condições de fazer o mínimo de seu trabalho. Hoje não dá para fazer medicina com boa vontade e estetoscópio, não dá mesmo! Eu identifico uma necessidade tecnológica no trabalho do médico. Não dá para abrir mão do mínimo. Sou do tempo em que foi inventado o ultrassom. Doía a barriga, não se sabia o que era, e então se operava o paciente para “descobrir”. Hoje isso acabou. Então, um dos principais avanços é poder contar com uma infraestrutura mínima para uso individual. E a segunda necessidade é zelar para que o médico tenha possibilidades de capacitação permanente, de informação, de realinhamento do conhecimento. Ele tem que ter acesso a novas informações. Então, eu acho que não adianta mandar o médico para outras regiões e oferecer um bom salário. Ele precisa é de equipamentos e de atualização permanente.

Tudo isso é um processo de relacionamento conquistado ao longo do tempo, com comunicação e produtos tangíveis e de qualidade



PESQUISA • PROPAGANDAS DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS NA
INTERNET: ASPECTOS BIOÉTICOS ENVOLVIDOS NESSA QUESTÃO

PESQUISAS





Propagandas de serviços médicos especializados na internet: aspectos bioéticos envolvidos nessa questão

Advertising of specialized medical services in the internet: bioethical aspects involved in the matter

Propagandas de servicios médicos especializados en el internet: aspectos bioéticos envueltos en esa cuestión

Marco Antonio Mendes Rocha¹

- Acadêmico do 6º ano de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puccamp)
- E-mail: marcomed38@yahoo.com.br

Paulo Roberto de Sousa

- Doutor em Clínica Médica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)
- Professor titular de Deontologia Médica da Faculdade de Medicina da Puccamp
- E-mail: profpaulosousa@gmail.com

José Espin Neto

- Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Unicamp
- Professor titular de Pediatria da Faculdade de Medicina da Puccamp
- E-mail: espin@sigmanet.com.br

Lenamaris Mendes Rocha

- Médica-residente do Hospital de Clínicas da Unicamp
- E-mail: lena@fcm.unicamp.br

¹ Este trabalho foi realizado na Faculdade de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puccamp), com bolsa do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), concedida ao autor Marco Antônio Mendes Rocha. Foi orientado pelo coautor Prof. Dr. Paulo Roberto de Souza, com a co-orientação do coautor Prof. Dr. José Espin Neto e a colaboração da coautora Dra. Lenamaris Mendes Rocha.



Resumo

Propaganda médica é tema de relevância mundial controverso. O médico tem legítimo direito de propagar suas atividades profissionais, mas deve conservar-se dentro dos limites éticos. É clara a importância que a comunicação assume na promoção da saúde. A internet insere-se, nesta conjuntura, como uma mídia utilizada para educação da população e propagação da publicidade médica. Contudo, o compromisso ético vem sendo substituído por interesses da política socioeconômica capitalista. Quando o médico se torna responsável pela banalização da medicina, coloca em xeque a relação médico-paciente. Este estudo levantou no Google propagandas de serviços médicos especializados do Estado de São Paulo na internet, de outubro de 2008 a julho de 2009.

PALAVRAS CHAVE: PUBLICIDADE • INTERNET • ÉTICA MÉDICA • BIOÉTICA

Abstract

Medical advertising is a controversial theme of worldwide relevance. The physician has the legitimate right of advertising his/her professional activities, but must preserve him/herself within the ethical limits. The importance that communication assumes in the promotion of health is clear. The internet is inserted in this conjuncture as a media used for education of the population and dissemination of medical advertising. However, the ethical commitment is being substituted by capitalist socioeconomic political interests. When the physician becomes responsible for the trivialization of medicine, it challenges the physician-patient relationship. This study assessed, in Google, advertisements of specialized medical services of the State of São Paulo in the internet, from September 2008 to July 2009.

KEYWORDS: ADVERTISING • INTERNET • MEDICAL ETHICS • BIOETHICS

Resumen

La propaganda médica es un tema controversial de relevancia mundial. El médico tiene el legítimo derecho de propagar sus actividades profesionales, pero debe conservarse dentro de los límites éticos. Está clara la importancia que la comunicación asume en la promoción de la salud. El internet se insiere, en esta coyuntura, como un medio utilizado para educación de la población y propagación de la publicidad médica. A pesar de eso, el compromiso ético viene siendo substituido por intereses de la política socioeconómica capitalista. Cuando el médico se torna responsable por la banalización de la medicina, se coloca en jaque la relación médico-paciente. Este estudio procuró en Google propagandas de servicios médicos especializados del Estado de São Paulo en el internet, de octubre de 2008 a julio de 2009.

PALABRAS CLAVE: PUBLICIDAD • INTERNET • ÉTICA MÉDICA • BIOÉTICA



A propaganda é uma maneira de se apresentar e divulgar uma informação. A palavra latina *propaganda*, tem o sentido de “aquilo que precisa ser espalhado” (Alcântara, 1984, p. 517). A informação é fundamental para qualquer ramo da atividade profissional e a medicina não é diferente das demais profissões nesse aspecto. Os meios de comunicação de massa têm um papel importante de informar a população sobre a prevenção de enfermidades e problemas de saúde, fornecendo subsídios para avaliação das opções de tratamento e tomada de decisões (Machado, 2006, p. 7-14). A questão fundamental é como o médico deve proceder de modo a exercer seu legítimo direito de propagar as atividades profissionais, conservando-se dentro dos limites éticos (Simoneli, 2006, p. 33-38).

Este tema foi abordado no Código Internacional de Ética Médica, adotado em outubro de 1949 pela terceira assembleia geral da World Medical Association (WMA), realizada em Londres, quando foram estabelecidos os deveres do médico e que qualquer publicidade deve respeitar as leis do país e as resoluções do Código de Ética Médica (WMA, 1949). A publicidade médica continua sendo tema de relevância mundial. “Publicidade médica é a comunicação ao público por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e anuência do médico” (Cremesp, 2003).

A internet insere-se como ferramenta importante para a educação, a promoção da saúde e, também, a publicidade médica, pois é um dos meios de comunicação de massa mais ágeis e difundidos, modificando a forma de oferecer e receber informações sobre saúde. Qualquer pessoa pode criar um site e disponibilizar informações a todos a partir dessa mídia, devido à facilidade cada vez maior da criação de páginas na web (Perche, 2006, p. 43-45). Por meio da internet, o médico poderá não só anunciar, mas também ensinar o que é sua especialidade, quais as doenças que são tratadas, sua prevenção e formas de tratamentos possíveis, o que seria muito mais limitado e oneroso em outras mídias (Antunes; França, 2000, p. 117-122).

Contudo, em muitos casos, a internet tornou-se um veículo de publicidade enganosa na área médica. A questão não é mais conseguir a informação, mas definir a credibilidade do autor e a relevância do documento disponível na rede. As poucas legislações existentes não conseguem disciplinar a dinâmica dessa mídia global. A comunidade internauta tem grande resistência em atender regulamentações governamentais e não existe um consenso jurídico sobre a disponibilização de informações ou a prestação de serviços de saúde *on-line* (Perche, 2006).

Partindo da necessidade de controlar o número crescente de denúncias registradas do exercício antiético da medicina em relação à publicidade médica, a Comissão de Divulgação Assuntos Médicos (Codame), um órgão do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), criou o manual *Ética em publicidade médica* (Cremesp, 2006). Nesse manual, o Codame publicou um capítulo, “Internet e publicidade médica”, sobre princípios éticos para *sites* de medicina e saúde na rede mundial de computadores.



Os médicos que utilizam a internet estão obrigados a seguir as normas do Codame e a resolução n. 97, de 20/02/2001, do Cremesp (Cremesp, 2001). Também devem ser cautelosos ao divulgar descobertas, novas técnicas e/ou tratamentos, por intermédio de canais não profissionais. Poderá ser punido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) o médico que utilizar a internet para autopromoção com vistas a aumentar sua clientela; fazer concorrência desleal, como promoções no valor de consultas e cirurgias; pleitear exclusividade de métodos diagnósticos ou terapêuticos; fazer propaganda de determinado produto, equipamento ou medicamento, em troca de vantagem econômica oferecida por empresas ou pela indústria farmacêutica (Perche, 2006).

O Codame, com base na resolução n. 1.701/03, do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelece que no anúncio médico só é permitido pôr o nome do profissional, com respectivo número de inscrição no CRM de sua jurisdição, especialidades (duas no máximo), desde que devidamente registradas no conselho, títulos científicos e dados referentes à sua localização (endereço e telefone). Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outros estabelecimentos de saúde, deverão constar, sempre, o nome do médico diretor técnico e sua inscrição principal no CRM em cuja jurisdição se encontrar o estabelecimento de saúde (CFM, 2003, p. 171-172).

Os médicos também têm a liberdade de informação disciplinada pelo Código de Ética Médica e devem obediência a uma legislação, civil e criminal, que objetiva tanto fiscalizar como penalizar os que abusam do direito de informar (Pereira Filho, 2006, p. 17-18), conforme o capítulo XIII do Código de Ética Médica (CFM, 1988, p. 1.574-1.577) e a Lei Federal n. 4.680 (Brasil, 1965).

A QUESTÃO DA PROPAGANDA MÉDICA

O Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (Conar) tem a responsabilidade de garantir que a publicidade seja veiculada em conformidade com a ética e as leis. Ele julga do ponto de vista da ética publicitária, sustando anúncios ou recomendando alterações para que eles se adaptem às normas éticas, não encaminhando essas questões a promotorias públicas ou delegacias do consumidor (Conar, 1978). O Código de Defesa do Consumidor (CDC) sedimentou quatro princípios específicos da publicidade, sob o aspecto da defesa do consumidor: 1. veracidade; 2. clareza; 3. correção; 4. informação (Brasil, 1990);

A questão é que, quando o médico deixa de obedecer aos preceitos éticos, passa a ser responsável pela banalização da medicina. Os artigos 1º e 2º do capítulo I – Princípios fundamentais – do Código de Ética Médica definem que “a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza” (CFM, 1988, p. 1.574-1.577).



Percebe-se que se está diante de uma situação a ser evitada em sua essência, pois se corre o risco de as entidades e a maioria da classe médica sofrerem graves consequências com a mercantilização da medicina praticada por esses profissionais e por alguns veículos de informação irresponsáveis, os quais não têm qualquer compromisso com o ser humano e com a ética (Cammarim, 2006, p. 15-16).

A divulgação de novas técnicas diagnósticas e terapêuticas, desconhecidas até então pela população, é um dos aspectos mais positivos da publicidade médica (Pereira Filho, 2006, p. 17-18). Outro aspecto que não deve ser esquecido é que a publicidade pode (e deve) ter um efeito educativo para quem recebe a informação. A publicidade médica que veicula novos conhecimentos, com propósito educativo ao público, será sempre uma propaganda positiva e não meramente promocional de quem anuncia (Favero, 1930, p. 302).

A publicidade também tem aspectos positivos para o profissional médico. É por intermédio da propaganda que ele pode informar o que faz, onde faz, em que horário trabalha e como pode ser encontrado. Fazer-se conhecer e oferecer seus serviços à comunidade são, sem dúvida, aspectos positivos para o médico (Pereira Filho, 2006, p. 17-18).

Neste ponto reside o conflito discutido nesta pesquisa: o compromisso ético, que é fundamental para o anúncio adequado, vem sendo substituído por interesses da política socioeconômicas neoliberais, cujo principal objetivo está centrado na obtenção do lucro. A conquista do mercado por estratégias da utilização da mídia e, principalmente, da internet, vem se tornando uma constante. A “lei da oferta e da procura” é o princípio básico da economia neoliberal vigente, que regula os preços do mercado. Acreditava-se que certas formas de interferência governamental na economia eram aceitáveis, caso se destinassem a prevenir injustiça e opressão ou incentivar a educação e proteger a saúde pública (Motta; Braick, 1997, p. 254-258).

A lei de mercado ainda se faz presente. Na medicina vem sendo responsável pela mercantilização do serviço médico. Há uma imensa quantidade (“oferta”) de propagandas médicas desregulamentadas oferecidas pelos *sites*. Neste aspecto, a competitividade e a livre concorrência colocam em risco a relação médico-paciente (Machado, 2006, p. 7-14). A consequência da desestruturação da relação médico-paciente é a formação de uma mentalidade tecnicista. Na prática, o médico acaba por encarar o corpo humano como uma máquina e suas desordens (as doenças), como situações decorrentes de desarranjos anatômicos, fisiológicos ou bioquímicos, de origem genética ou adquirida, passíveis então de uma abordagem terapêutica voltada apenas ao organismo físico. Por outro lado, o paciente deixa de participar ativamente do processo de reabilitação (Crema, 1995).

Essa mentalidade negligencia o conceito de saúde, que está relacionado ao bem-estar físico, psíquico e social do ser humano. Para conquistar um bom relacionamento, portanto, alguns



fatores são fundamentais na relação médico-paciente, tais como: segurança, validação, aceitação, confirmação da experiência pessoal, autodefinição, impacto sobre a outra pessoa e iniciativa (Crema, 1995).

A propaganda é uma ferramenta importante da comunicação, que pode e deve ser utilizada pela medicina. O médico deve saber valer-se dela para a promoção da saúde, sempre priorizando os princípios éticos. Caso contrário, passa a ser o grande responsável pela banalização de sua profissão ao sobrepor os interesses capitalistas aos limites da bioética (Silva, 2001).

PESQUISA DA PROPAGANDA MÉDICA NA INTERNET

Este estudo levantou no Google propagandas de serviços médicos especializados do Estado de São Paulo na internet, de outubro de 2008 a julho de 2009. Na sequência, os objetivos visados com a pesquisa.

Objetivos

Nossa pesquisa sobre as propagandas médicas na internet tiveram como objetivos básicos:

- Fazer um levantamento das propagandas de serviços médicos especializados, do Estado de São Paulo, na internet, de maio de 2008 a fevereiro de 2009;
- Analisar quais especialidades médicas utilizam a internet para veicular suas propagandas e realizar um gráfico com as áreas da medicina que mais se beneficiam desse meio de comunicação;
- Identificar quais serviços médicos especializados do Estado de São Paulo seguem as normas do Codame para realização de suas propagandas;
- Detectar os pontos positivos e negativos presentes nas propagandas médicas realizadas na internet;
- Avaliar quais artigos do Código de Ética Médica e quais normas do Codame são infringidos pelas propagandas médicas realizadas na internet.

Metodologia

Realizou-se a pesquisa de propagandas de serviços médicos especializados pelo *site* Google da web no período de outubro de 2008 a julho de 2009. Esse *site* funciona sobre uma combinação única de avançados *hardware* e *software*. Tem um algoritmo de busca em rede e mecanismo bastante eficiente. Possui um sistema para dar notas para páginas na web, desenvolvido pelos fundadores



Larry Page e Sergey Brin na Universidade de Stanford (EUA). Além disso, é um *site* bastante difundido no Brasil, que engloba uma parcela considerável das propagandas realizadas na internet. No primeiro momento, foram utilizadas para a busca as seguintes palavras-chave: “serviços médicos especializados”, “propagandas médicas”, “publicidade médica” e “serviços médicos na internet”.

Foram *incluídos* neste estudo os sites do Google que estavam entre as páginas do Brasil disponíveis na busca e que se voltavam para a divulgação de serviços médicos especializados no Estado de São Paulo. Encontraram-se aproximadamente 3.460.000 *sites* que correspondiam aos descritores utilizados na busca pela internet, porém, apenas duzentos eram *sites* médicos dedicados à divulgação de serviços médicos especializados no Estado de São Paulo, tendo sido esse o critério de inclusão na pesquisa.

Foram *excluídos* os *sites* de planos de saúde, hospitais, policlínicas e cooperativas médicas.

No Estado, os médicos que utilizam a internet são obrigados a seguir a resolução n. 97, de 20/02/2001, do Cremesp, e as normas do Codame. Sendo assim, em um segundo momento, analisou-se a qualidade dos sites e se estes estavam comprometidos com os princípios éticos. Para tanto, usou-se o manual do Codame, *Ética em publicidade*, de 2006. Neste existe um capítulo “Internet e publicidade médica”, sobre princípios éticos para *sites* de medicina e saúde na rede mundial de computadores e um capítulo, “Guia prático”, que oferece respostas às principais dúvidas dos médicos para a elaboração de propagandas. Ambos foram utilizados para o estabelecimento dos critérios que consideramos na avaliação dos *sites*.

Categorização

As propagandas foram classificadas em dois grupos: grupo A, que reuniu aquelas realizadas segundo as normas do Codame consideradas nesta pesquisa e, conseqüentemente, segundo o Código de Ética Médica; e grupo B, que continha as propagandas de serviços médicos especializados que não seguiam as normas do Codame. Das normas consideradas nesta pesquisa, foram utilizadas aquelas que permitiam uma avaliação objetiva da propaganda do serviço médico especializado no Estado de São Paulo. Na sequência, reproduzimos literalmente essas normas:

As propagandas médicas na internet devem conter: o nome do profissional, com respectivo número de inscrição no CRM de sua jurisdição, as especialidades (duas no máximo), títulos científicos e dados referentes à sua localização (endereço e telefone).

Os anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outros estabelecimentos de saúde devem conter o nome do médico diretor técnico ou responsável e sua inscrição principal no CRM em cuja jurisdição se encontrar o estabelecimento de saúde.



- As propagandas não devem ter promoções com os valores de consultas e/ou cirurgias.
- Os médicos não devem pleitear exclusividade de métodos diagnósticos ou terapêuticos.
- Em *sites* dirigidos ao público leigo, não deve haver a transmissão de cirurgias em tempo real ou não.
- Os médicos não podem publicar ou expor fotos do pré e do pós-operatório de pacientes na internet.
- Nas propagandas médicas não deve haver exposição pública de pacientes, por meio de fotos e imagens.
- Não se deve fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, à exceção das videoconferências.
- Os médicos podem prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos que sejam estritamente de fins educativos. Nesse tipo de divulgação, os médicos devem ser identificados e ter seu número de inscrição no conselho profissional apostado no corpo do anúncio. Não devem divulgar, durante entrevistas, endereços e/ou telefones de consultórios.
- Existem ainda outras normas do Codame que devem ser seguidas pelo médico na elaboração das propagandas médicas. Mas estas não foram incluídas no presente estudo, em razão do caráter subjetivo e da dificuldade de análise dos resultados. Reproduzimo-las também literalmente, a seguir:
- As informações médicas veiculadas nos *sites* devem ser estritamente educativas e de esclarecimento da coletividade.
- Os médicos devem evitar o sensacionalismo nas propagandas realizadas e não devem utilizar a internet para autopromoção no sentido de aumentar a clientela e fazer concorrência desleal.
- Não devem fazer propaganda de determinado produto, equipamento ou medicamento, em troca de vantagem econômica oferecida por empresas ou pela indústria farmacêutica.
- Não devem pleitear exclusividade de métodos diagnósticos ou terapêuticos.
- Não devem participar de anúncios de empresas comerciais.
- Não devem prometer cura de doenças para as quais a medicina ainda não possui recursos e [nem] divulgar métodos, meios e práticas experimentais e/ou alternativas que não tenham reconhecimento científico.

Os resultados foram analisados pelo programa Xlstat09, que seguiu o modelo desta tabela:

Tabela 1 – Informações pesquisadas nos sites médicos

Informações pesquisadas	Resposta	Informações	
	Sim	Não	Site da pesquisa
01 - Nome			
02 - CRM			
03 - Especialidade			
04 - Títulos científicos			
05 - Endereço			
06 - Telefone			
07 - Valores de consulta e/ou cirurgia			
08 - Divulgação de exclusividade de métodos diagnósticos			
09 - Divulgação de exclusividade de métodos terapêuticos			
10 - Transmissão de cirurgias em tempo real			
11 - Fotos do pré e do pós operatório dos pacientes			
12 - Fotos, retratos ou imagens dos pacientes			
13 - Exposição pública dos pacientes			
14 - Referência a casos clínicos identificáveis			
15 - Nos sites informativos que possuem entrevistas e/ou artigos publicados há identificação do profissional			
16 - Nos sites informativos que possuem entrevistas e/ou artigos publicados há CRM do profissional			
17 - Nos sites informativos que possuem entrevistas e/ou artigos publicados há divulgação de endereços/telefones de consultórios nas entrevistas do profissional			



Foi realizada ainda uma análise qualitativa partindo das especialidades médicas que utilizam a internet para veicular suas propagandas sem seguir as normas do Codame e infringindo, dessa forma, o Código de Ética Médica, além de uma análise qualitativa dos pontos positivos e negativos das propagandas médicas realizadas na internet.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Analísaram-se-se duzentos *sites* de propagandas de serviços médicos especializados do Estado de São Paulo, no período de outubro de 2008 a julho de 2009. Fez-se uma análise exploratória dos dados segundo frequências, porcentagens e construção de gráficos. O nível de confiança utilizado nas análises comparativas foi de 95% e o *software* estatístico utilizado foi o XLSTAT 2009. Pôde-se observar que:

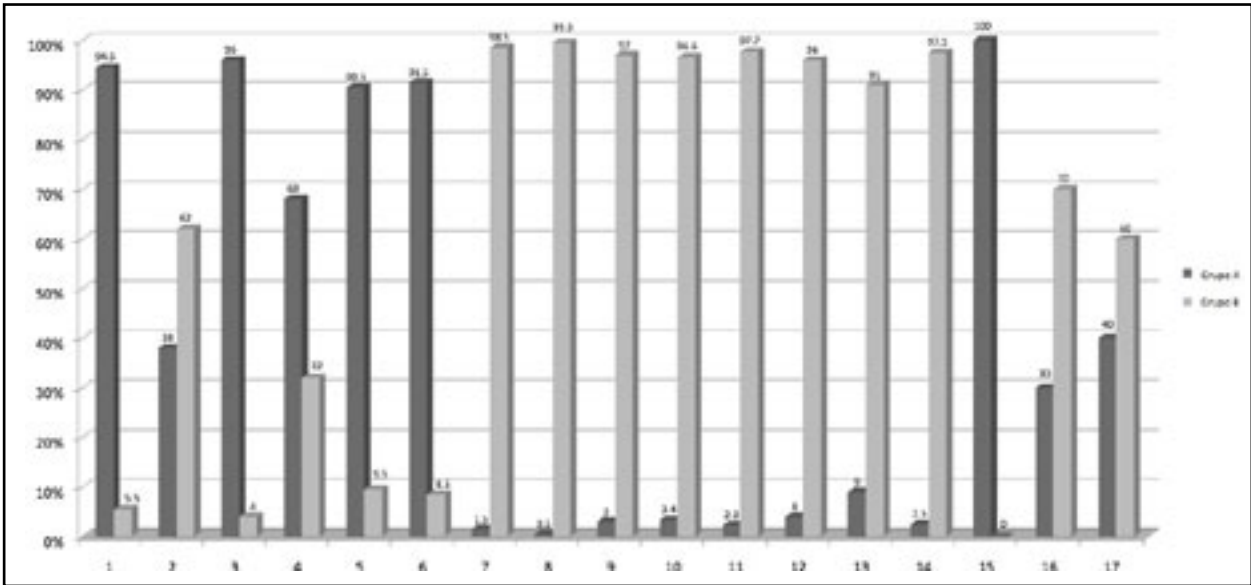
- Dos 200 *sites* analisados, 11 (5,5%) não apresentavam o nome do profissional médico responsável pela divulgação de seu serviço e 76 (38%) não apresentavam o número de inscrição do CRM de sua jurisdição.
- Das propagandas, 8 (4%) não especificaram para o público leigo a especialidade médica do profissional.
- Continham títulos científicos dos profissionais médicos 136 (68%) das propagandas.
- 181 (90,5%) propagandas médicas continham o endereço do profissional e 183 (91,5%) possuíam telefone para contato.
- Valores das consultas estavam presentes em 3 (1,5%) propagandas. Em 1 delas havia divulgação de exclusividade de método diagnóstico e em 6 (3%) havia divulgação de exclusividade de método terapêutico.
- Promoveram exposição de pacientes 18 (9%) propagandas médicas, sendo que: 3 apresentavam transmissão de cirurgia em tempo real; 2 continham fotos do pré e pós-operatório dos pacientes; 8 apresentavam fotos, retratos ou imagens dos pacientes; e 5 faziam referências a casos clínicos identificáveis.
- Entrevistas ou artigos publicados pelos profissionais estavam presentes em 10 (5%) *sites* e todos estes apresentavam a identificação do profissional médico, porém apenas 3 continham o CRM do autor. Em 4 deles havia divulgação de endereços/telefones de consultórios.
- Dos 200 *sites* avaliados apenas 2 seguiam todas as normas do Codame.

As comparações entre os sites que seguiam as normas do Codame e os sites que não as seguiam foram realizadas por meio do teste de uma proporção e podem ser verificadas na tabela 2 e no gráfico 1 para cada critério avaliado.

Tabela 2 - Frequências e porcentagens encontradas
em relação aos critérios investigados nos sites médicos

Informações pesquisadas nos sites médicos	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
01 - Nome	189	94,5	11	5,5	200
02 - CRM	76	38,0	124	62,0	200
03 - Especialidade	192	96,0	8	4,0	200
04 - Títulos científicos	136	68,0	64	32,0	200
05 - Endereço	181	90,5	19	9,5	200
06 - Telefone	183	91,5	17	8,5	200
07 - Valores de consulta e/ou cirurgia	3	1,5	197	98,5	200
08 - Divulgação de exclusividade de métodos diagnósticos	1	0,5	199	99,5	200
09 - Divulgação de exclusividade de métodos terapêuticos	6	3,0	194	97,0	200
10 - Transmissão de cirurgias em tempo real	3	3,4	84	96,6	87
11 - Fotos do pré e pós-operatório dos pacientes	2	2,3	85	97,7	87
12 - Fotos, retratos ou imagens dos pacientes	8	4,0	192	96,0	200
13 - Exposição pública dos pa- cientes	18	9,0	182	91,0	200
14 - Referência a casos clínicos identificáveis	5	2,5	195	97,5	200
15 - Nos sites informativos que possuem entrevistas e/ou artigos publicados há identificação do profissional	10	100,00	0	0,0	10
16 - Nos sites informativos, que possuem entrevistas e/ou artigos publicados há CRM do profissional	3	30,0	7	70,0	10
17 - Nos sites informativos que possuem entrevistas e/ou artigos publicados há divulgação de en- dereços/telefones de consultórios nas entrevistas do profissional	4	40,0	6	60,0	10

Gráfico 1 – Divisão dos grupos A (sites que seguem as normas do Codame) e B (sites que não as seguem) em relação a cada critério investigado, de outubro de 2008 a julho de 2009. N=200

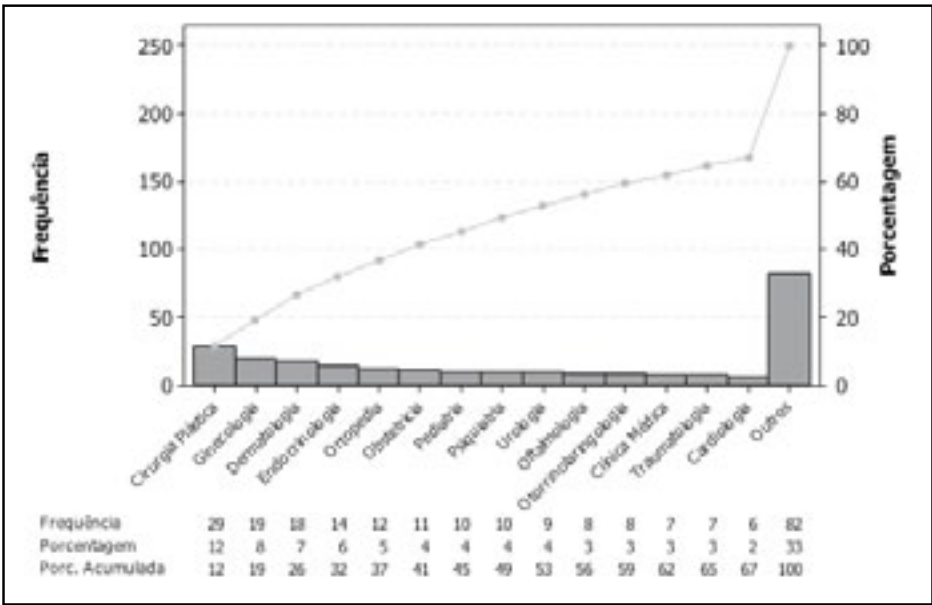


Todos os resultados foram estatisticamente significativos quando comparadas as proporções de *sites* que seguem as normas (grupo A) com as proporções de *sites* que não seguem as normas (grupo B) – (teste de uma proporção; p-valores < 0,001). A proporção de *sites* que não seguem as normas foi superior para a avaliação 2 (presença de número do CRM).

Segundo este estudo, as áreas médicas que mais utilizaram a internet como meio de propaganda no Estado de São Paulo, no período de outubro de 2008 a julho de 2009 foram: cirurgia plástica (12%), ginecologia (8%), dermatologia (7%), endocrinologia (6%) e ortopedia (5%).

Realizou-se a construção do gráfico de Pareto, apresentado no gráfico 2, com as especialidades médicas que mais utilizaram a internet para veicular suas propagandas no Estado de São Paulo, no período de outubro de 2008 a julho de 2009.

Gráfico 2 – especialidades médicas que utilizaram a internet para veicular suas propagandas no Estado de São Paulo – outubro de 2008 a julho de 2009. N=200





Os *pontos positivos* que podem ser destacados da utilização da internet para realização das propagandas médicas são:

- Facilidade de divulgação de esclarecimentos, descobertas, novas técnicas e/ou tratamentos, fundamentados em dados técnicos e científicos.
- Veiculação de novos conhecimentos, com o propósito educativo da coletividade.
- Informação para a população sobre aspectos relacionados à prevenção de enfermidades.
- Fornecimento de subsídios para avaliação das opções de tratamento e tomada de decisões.
- Facilidade de obtenção de informações a respeito de determinada especialidade médica.
- Facilidade de contato com o médico através de endereço, telefone, inclusive nos grandes centros urbanos, onde é mais difícil de o profissional se tornar-se conhecido.

Por outro, lados os *pontos negativos* a serem destacados da utilização da internet para realização das propagandas médicas são:

- Divulgação de informações sobre assuntos médicos de forma sensacionalista ou de conteúdo inverídico.
- Utilização da internet para autopromoção no sentido de aumentar sua clientela.
- Fazer concorrência desleal, como promoções no valor de consultas e cirurgias.
- Pleiteio de exclusividade de métodos diagnósticos ou terapêuticos.
- Utilização da internet para realização de propaganda de determinado produto, equipamento ou medicamento, em troca de vantagem econômica.
- Promoção de exposição dos pacientes por meio de relatos e fotografias.
- Promoção de mercantilização da relação médico paciente.

De acordo com o Código de Ética Médica aprovado na resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009, os artigos infringidos pelos *sites* médicos pesquisados na internet foram:

Capítulo I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

IX - A medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

Capítulo III - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos conselhos federal e regionais de medicina ou desrespeitá-los.



Capítulo VIII - REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da medicina.

Capítulo XIII - PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer ideias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

REFERÊNCIAS FINAIS

O grande conflito discutido nesta pesquisa foi o compromisso ético, fundamental para o anúncio adequado e que vem sendo substituído por interesses da política socioeconômica capitalista, cujo principal objetivo está centrado na obtenção do lucro. A conquista do mercado por meio da utilização da mídia e, principalmente, da internet, vem se tornando uma constante.

O médico tem legítimo direito de propagar suas atividades profissionais, mas deve conservar-se dentro dos limites éticos. Os médicos que utilizam a internet estão obrigados a seguir as normas do Codame, e a resolução n. 97, de 20/02/2001, do Cremesp (resolução CFM n. 97, 2001).

Os médicos também têm a liberdade de informação disciplinada pelo Código de Ética Médica e devem obediência a uma legislação, civil e criminal, que objetiva tanto fiscalizar como penalizar os que abusam do direito de informar.

É importante prevenir abusos, defendendo a ética na prática médica. Quando o médico se torna responsável pela banalização da medicina, coloca em xeque a relação médico-paciente. E “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. A consequência da destrui-



ção da relação médico-paciente é a formação de uma mentalidade tecnicista. O médico passa a encarar o corpo humano como uma máquina, e suas desordens (as doenças), como situações decorrentes de desarranjos anatômicos, fisiológicos ou bioquímicos, de origem genética ou adquirida, passíveis de uma abordagem terapêutica voltada ao organismo físico. Por outro lado, o paciente deixa de participar ativamente do processo de reabilitação e o conceito de saúde, que está relacionado ao bem-estar físico, psíquico e social, é negligenciado.

Neste ponto percebe-se que se está diante de uma situação que deve ser combatida em sua essência, pois corre-se o risco de as entidades e a maioria da classe médica sofrer graves consequências com a mercantilização da medicina praticada por alguns profissionais que não firmam seu compromisso com o ser humano e com a ética.

A medicina, uma ciência milenar, não deve ser banalizada e desrespeitada, sob o risco de se colocar em xeque a relação médico-paciente.

Há que se considerar o juramento de Hipócrates: “Ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes”.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues de. *Normas legais e éticas para o exercício da medicina*. São Paulo: LTr Editora, 1984.

ANTUNES, Elton; FRANÇA, Vera Veiga. Médicos, medicina e as operações dos meios de comunicação. In: PETROIANU, Andy (Org.). *Ética, moral e deontologia médicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em:
<www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. Lei n. 4.680, de 18 de junho de 1965. Dispõe sobre o exercício da profissão de publicitário e de agenciador de propaganda e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 21 jun. 1965.

CAMARIM, Lavínio Nilton Compromisso do Cremesp com a prevenção. In: CAMARIM, Lavínio Nilton; MACHADO, Maria Luiza R. de Andrade; DAVID, Marcos (Org.). *Ética em publicidade médica*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.



CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.701, de 25 de setembro de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, Poder Executivo, n. 187, 26 set. 2003. Seção 1.

_____. Código de ética médica. Resolução n. 1.246/88, de 08 janeiro de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, Poder Executivo, 26 jan. 1988.

CONAR – Conselho Nacional de Autorregulamentação publicitária. *Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária*. São Paulo, 1978. Disponível em: <www.conar.org.br/html/codigos/indexcodigoseanexo.htm>. Acesso em: 20 abr. 2008.

CREMA, Roberto. *Saúde e plenitude: um caminho para o ser*. São Paulo: Summus, 1995.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Ética em publicidade médica*. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/manual_do_Codame_2_Ed_Site.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2008.

_____. Resolução CFM n. 97, de 20 de fevereiro de 2001. *Diário Oficial do Estado*; Seção 1, Poder Executivo, São Paulo, n. 45, 9 mar. 2001.

_____. Resolução CFM n. 1.036, de 21 de novembro de 1980. Estabelece normas a respeito de anúncios. *Diário Oficial da União*, Brasília, Poder Executivo, 27 jan. 1981. Seção 1, parte II. Revogada pela Resolução CFM n. 1701/2003.

FAVERO, Flaminio. *Noções de deontologia médica e medicina profissional*. Rio de Janeiro: Bibliotheca Scientifica Brasileira, 1930.

MACHADO, Maria Luiza R. de Andrade. Responsabilidade na publicidade médica. In: CAMARIM, Lavínio Nilton; MACHADO, Maria Luiza R. de Andrade; DAVID, Marcos (Org.). *Ética em publicidade médica*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.

MOTA, Myriam Becho; BRAICK, Patricia R. História das cavernas ao terceiro milênio. São Paulo: Editora Moderna, 1997.

PERCHE, Moacyr Esteves. Internet e publicidade médica. In: CAMARIM, Lavínio Nilton; MACHADO, Maria Luiza R. de Andrade; DAVID, Marcos (Org.). *Ética em publicidade médica*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.

PEREIRA FILHO, Antonio. Aspectos Positivos da Publicidade Médica. In: CAMARIM, Lavínio Nilton; MACHADO, Maria Luiza R. de Andrade; DAVID, Marcos (Org.). *Ética em publicidade médica*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.

SILVA, Vitor M. C. Ferreira da. *A relação médico-paciente*. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://sab.org.br/med-terap/art-vitor.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2008.



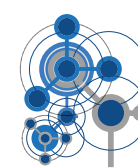
SIMONELI, Osvaldo Pires. O sensacionalismo na atividade médica. In: CAMARIM, Lavínio Nilton; MACHADO, Maria Luiza R. de Andrade; DAVID, Marcos (Org.). *Ética em publicidade médica*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.

SOUSA, Paulo Roberto. *Os sentidos do sintoma*. Campinas: Papirus, 1992.

SOUSA, Paulo Roberto; VALVASORI, Alquemes; VON ZUBEN, Maria Cristina (Org.). *Elementos da bioética*. Campinas: Editorial Psy, 1998.

WMA – World Medical Association. *Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial*. Londres, 1949. Disponível em: <http://www.ordemdosmedicos.cv/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=4>.

Recebido em: 26.02.2012 / Aceito em: 19.04.2012





Saúde além da medicina: a invisibilidade do enfermeiro como fonte de informações para a imprensa

Health beyond medicine: the invisibility of the nurse as a source of information for the press

Salud más allá de la medicina: la invisibilidad del enfermero como fuente de informaciones para la prensa

Mônica Farias dos Santos

- Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- Especialista em Gestão Estratégica em Comunicação Organizacional e Relações Públicas (Gestcorp) pela ECA-USP
- Graduada em Jornalismo pela Faculdade de Comunicação Social Cásper Líbero (Facásper)
- Coautora do livro *Gestão de enfermagem: ferramenta para a prática segura*
- E-mail: monicasantos68@hotmail.com



Resumo

O artigo apresenta os resultados de um estudo exploratório cuja proposta é elucidar as questões que tornam o enfermeiro e seu órgão representativo, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), invisíveis como fontes para jornalistas especializados em saúde nos veículos da capital paulista. A revisão de autores dedicados à comunicação pública, às relações públicas e às teorias de comunicação de massa, além da realização de entrevistas com jornalistas de editoriais de saúde de veículos de São Paulo, mostraram possíveis fatores que influenciam a imprensa a não considerar pautar temas de interesse público sugeridos pelo Coren-SP.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO PÚBLICA • INTERESSE PÚBLICO • RELACIONAMENTO COM A IMPRENSA

Abstract

The article presents the results of an exploratory study that aimed to elucidate the reasons why nurses and their representative body, the Coren-SP, are “invisible” as sources of information for journalists covering health issues in São Paulo city’s media. Reviewing authors devoted to public communication, public relations and mass communication theories, in addition to interviews with journalists covering health news in São Paulo city’s media, has shown us possible factors influencing the press not to consider stories of guided public interest suggested by Coren-SP.

KEYWORDS: PUBLIC COMMUNICATION • PUBLIC INTEREST • PRESS RELATIONS

Resumen

El artículo presenta los resultados de un estudio exploratorio que tiene como objetivo dilucidar las cuestiones que hacen del enfermero y su órgano de representatividad, Consejo Regional de Enfermería de São Paulo (Coren-SP), invisibles como fuentes para periodistas especializados en salud en la prensa de la ciudad de São Paulo. La revisión de los autores dedicados a la comunicación pública, a las relaciones públicas y a las teorías de la comunicación de masa, además de entrevistas con periodistas de editoriales de los vehículos de comunicación de São Paulo, muestran posibles factores que influyen a la prensa a no considerar pautar temas de interés público sugeridos por el Coren-SP.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN PÚBLICA • INTERÉS PÚBLICO • RELACIONES CON LA PRENSA



Diversas são as profissões da área da saúde responsáveis por desempenhar atividades de assistência ao paciente, sendo que a medicina é a de maior destaque, convertendo-se mesmo em porta-voz de todo e qualquer tema de saúde que venha a ser debatido pela sociedade e pelos meios de comunicação. No entanto, longe dos holofotes, trabalha a enfermagem, maior das categorias de profissionais de saúde do Brasil (quase 1,6 milhão de profissionais, segundo dados de dezembro de 2011, do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen), e do mundo (13 milhões, conforme registrado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE em julho de 2010).

Dentre os profissionais de sua categoria, o enfermeiro, com base em pesquisa científica e na atuação baseada em evidências bem como por sua postura crítica, é o que dispõe de mais elementos para contribuir com o desenvolvimento da enfermagem como ciência. Um dos aspectos de destaque na atuação do enfermeiro é a sua capacidade para a detecção precoce e prevenção de situações de riscos que, a todo momento, estão presentes nos diversos processos envolvidos na assistência ao paciente. Os erros acontecem, com menor ou maior repercussão, todos os dias, nas instituições de saúde de todo o país. As situações que oferecem riscos à integridade física do paciente são as mais variadas, grande parte delas apenas esperando para acontecer.

Isso considerado, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), autarquia que congrega os profissionais da categoria no estado de São Paulo, lançou em 2010 a campanha “Enfermagem pela segurança do paciente”. Além das ações da campanha, o órgão voltou-se também para a ampla divulgação do assunto para a sociedade por meio da imprensa. Os veículos foram pautados quanto aos riscos presentes na assistência, com o objetivo de conscientizar todos os potenciais usuários do sistema de saúde sobre a necessidade de se munirem de conhecimento e atuarem como agentes de sua própria segurança ou a de um familiar. No entanto, ao longo de toda a campanha, nenhum veículo da capital paulista interessou-se pelas pautas.

A observação do comportamento dos jornalistas da imprensa do município de São Paulo, ao receberem as sugestões de pauta oriundas da assessoria de imprensa do Coren-SP, tem sido um termômetro para avaliação de seu interesse pela cobertura dos temas. Sua reação é, em geral, evasiva ou indiferente. Talvez isso se deva ao fato de eles ignorarem quem é e o que faz o enfermeiro, preferindo confiar, quase que exclusivamente, em fontes médicas para desenvolver suas pautas sobre saúde. Essa dúvida despertou em nós o interesse em investigar as razões que os levam a não considerarem pautar os temas sugeridos pelo Coren-SP, em trabalho por nós desenvolvido anteriormente. (Santos, 2011).



AS AÇÕES DE COMUNICAÇÃO DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS

A Lei Federal 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamenta o exercício profissional de enfermagem e define, em seu artigo 11, que ao enfermeiro cabe, dentre várias atribuições: planejamento dos serviços da assistência de enfermagem; assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem fatores de risco; educação em saúde para a população.

No Brasil, a fiscalização e o controle do exercício de profissões regulamentadas por lei foi assumida por autarquias federais. Segundo esse entendimento, foram criados, pela Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e suas seções regionais, responsáveis por assegurar à sociedade que apenas profissionais habilitados exerçam a profissão. É uma obrigação imposta por lei federal e que demanda seu cumprimento, seja pela fiscalização por essas entidades, seja por outros mecanismos não explicitados. Um desses mecanismos é a comunicação, de cunho informativo e educativo, com toda a sociedade.

Compreendendo-se que os conselhos de fiscalização do exercício profissional são autarquias federais, eles devem pautar suas ações de comunicação pelo caráter educativo e informativo que cabe a um órgão público. Pierre Zémor (apud Novelli, 2009, p. 494) ensina que as mensagens dos entes públicos

servem ao interesse público – o conteúdo das informações tem caráter global e pertinente a toda a sociedade ou a parte dela. Interesses privados não podem prevalecer sobre os interesses de todos nem figurar como componente da comunicação pública.

O alerta faz-se pertinente, pois a comunicação de órgãos públicos não pode adquirir os contornos das ações de comunicação do setor privado. Mas é certo que, embora os fins da comunicação pública e da comunicação de entes privados sejam diversos, os meios para alcançar seus propósitos bebem da mesma fonte: os princípios da comunicação organizacional. Sobre a adoção desse caminho, Paulo Régis Salgado (2011, p. 247) sugere que

qualquer projeto ou programa dos governos deve (...) basear-se num sólido programa de comunicação e relações públicas, com o objetivo de comunicar, esclarecer, educar e conscientizar os cidadãos/contribuintes, tornando-os, também, partícipes da obra governamental.

Assim, apoiar-se sobre os princípios e as práticas das relações públicas e da comunicação organizacional parece ser a opção natural para o Coren-SP desenvolver suas ações comunicativas na busca de seus propósitos. E, considerando que os métodos e as técnicas das ações de comunicação nascidas nos órgãos públicos bebem da fonte da comunicação organizacional e das relações públicas, as atividades de assessoria de imprensa reproduzem as práticas desse campo teórico. Empréstimo de Haswani (2003) a citação que ela faz de Manuel Carlos Chaparro,



assessoria de imprensa é a prática do jornalismo ao nível da fonte, para assegurar aos meios de comunicação informação de boa qualidade, sob o ponto de vista da técnica jornalística e da relevância social. A assessoria de imprensa, tal como a entendemos, deve existir somente em instituições que, por dever e/ou competência, geram atos e fatos de interesse público (Chaparro, apud Haswani, 2003, p. 37).

A atividade de assessoria de imprensa, desempenhada conforme a definição proposta por Chaparro – em especial no que concerne aos “fatos de interesse público” –, é fundamental para que os entes públicos deem ciência aos jornalistas – e, por intermédio destes, à sociedade – dos assuntos que são de interesse de todo cidadão. Informações importantes originadas nos órgãos públicos, sobre temas como transportes, saúde, educação, entre outros, nem sempre merecem a atenção espontânea dos jornalistas. Isso ocorre especialmente em relação a assuntos que fogem ao usual da cobertura dos veículos ou que sejam estranhos ao repertório básico do próprio jornalista quanto ao que ele acredita ser relevante, de interesse público, ou mesmo ao que/quem ele considera e entende como fonte.

O CASO DA CAMPANHA PELA SEGURANÇA DOS PACIENTES

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma campanha de conscientização para todos os seus países-membros, alertando-os sobre a necessidade de estarem atentos a uma questão que, a cada ano, tem chamado mais e mais a atenção das autoridades de saúde ao redor do mundo: aproximadamente cinco milhões de pacientes por ano perdem suas vidas como consequência de erros humanos, de falhas no processo de assistência à saúde. Por tratar-se de tema de vital importância, essa questão foi amplamente abordada pelo Coren-SP ao longo de 2010.

Uma das frentes de atuação do Coren-SP tinha por objetivo o esclarecimento de toda a sociedade paulista quanto à urgência e relevância do tema – em total acordo com o que também é proposto pela OMS, em seu programa “Pacientes pela segurança do paciente: participação do paciente”. A compreensão do Coren-SP foi a de que, embora a garantia da segurança na assistência à saúde seja uma obrigação dos prestadores de serviços, ao considerarmos o fator “erro humano”, é impossível descartá-lo por completo. Dessa forma, segundo o entendimento do órgão, usuários do sistema de saúde também poderiam atuar em favor de sua própria segurança. Munidos de conhecimento e das informações transmitidas pelo Coren-SP, estariam em melhores condições de atuar como uma “barreira” adicional ao fator “erro do profissional”. Como bem define Novelli (2009, p. 487), a respeito das informações emitidas pelos órgãos públicos,

o interesse público, objetivo de todo processo de comunicação, é o pressuposto da atuação das relações públicas governamentais. É com foco no bem-estar da coletividade que são defi-



nidas as ações públicas, cabendo à área de relações públicas, por meio de programas de comunicação, traçar estratégias para que a população se engaje nas ações públicas e participe da tomada de decisões.

Embora o Coren-SP seja um órgão público com 36 anos de atuação, existia a consciência, por parte de seus dirigentes de então, de que um percentual muito pequeno da sociedade o conhece ou sabe qual o propósito de sua atuação. Assim, baseado nessa percepção, ele entendeu a necessidade de contar com a intermediação de um ente que, presente no cotidiano de todo cidadão, já construiu sua imagem de credibilidade perante esse público. Nesse contexto, a imprensa paulista foi compreendida como *stakeholder* estratégico na construção de uma cultura de oferta de assistência à saúde mais segura à sociedade.

Durante os meses de março, abril e maio de 2010, a assessoria de imprensa do Coren-SP realizou um esforço de divulgação dos diversos aspectos da assistência à saúde que poderiam representar riscos para a segurança dos pacientes. Chamou-se a atenção para o fato de que os riscos no processo de assistência estão em todo e qualquer lugar. Seja num grande hospital geral público de referência, seja numa instituição privada de primeira linha. Em maior ou menor grau, os riscos – evitáveis – à vida do paciente se fazem presentes em todos eles.

Os *releases* enviados às editorias de saúde tratavam de temas como a necessidade de mudanças nos processos de preparação de cirurgias, para evitar ocorrências como, entre tantas outras: procedimentos em membros errados ou até com o paciente errado; erros como a transfusão de sangue de tipo diferente daquele do paciente; ou erros na administração de medicamentos. Sobre tudo isso já se leu ou já se ouviu falar por meio da imprensa. O Coren-SP acreditava que, se divulgados com ênfase pela imprensa, tais fatos despertariam a atenção da população, tanto para que pudessem atuar como agentes de sua própria segurança, como também para que pudessem se organizar e cobrar investimentos das instituições que garantissem índices reduzidos de falhas em processos passíveis de causar algum dano aos pacientes.

Como resultado do esforço de divulgação do tema em todos os principais veículos da imprensa do estado de São Paulo, apenas se conseguiu a menção de um evento: o 1º Fórum de Enfermagem – Segurança do Paciente –, na agenda semanal de dois veículos impressos (*Diário de São Paulo* e *Folha de S. Paulo*).

Depois de enviar os releases a jornalistas especializados, mesmo realizando um *follow up* para tentar sensibilizá-los quanto à urgência do tema; mesmo contando com nomes nacionais e internacionais “de peso” como sugestões de fonte para entrevistas, nada disso parece ter chamado a atenção dos colegas nas redações. Uma abordagem ampla teria representado um auxílio adicional ao esforço mundial para poupar cinco milhões de vidas, todos os anos. Se os fatos e números apresentados não foram suficientes para que as redações pautassem o tema em seus veículos, o que teria faltado à estratégia de divulgação?



CONCEITO DO VALOR-NOTÍCIA E A PRESSUPOSTA (I)LEGITIMIDADE DA FONTE

Definidos por Valter A. Rodrigues (2003, p. 209) como “superfícies privilegiadas de visibilidade dos acontecimentos”, os meios de comunicação, em decorrência de seu alcance global, seriam, de acordo com sua avaliação, a principal, ou talvez mesmo a “única tribuna no qual o embate entre Estado e sociedade civil poderia se realizar”.

A proposta de espaço para o embate democrático de ideias, de livre expressão de pensamento, de convivência de opostos que esse conceito de “tribuna” sugerido por Rodrigues pode suscitar, sucumbe à realidade do que são de fato e como se articulam as informações recebidas e retransmitidas pelos meios de comunicação, em especial as produções de conteúdo jornalístico.

Mauro Wolf (2003, p. 196) abraça a visão bastante lúcida e corajosa de David Altheide, para quem “as notícias são o que os jornalistas definem como tais”. Sem qualquer julgamento baseado em valores, Wolf dedica todo o terceiro capítulo de sua obra *Teorias das comunicações de massa* a apresentar os mecanismos que levam à construção das notícias e os critérios conscientes adotados por jornalistas no momento de definirem suas pautas diárias, em meio a um sem-número de notícias possíveis.

Às tentativas de atrair a atenção da mídia ou enquadrar-se em sua lógica se impõe mais um revés: o de que nem todos os fatos conhecidos pela imprensa se tornam notícias levadas ao público. Os veículos costumam guiar-se por critérios de noticiabilidade. Mauro Wolf (2003, p. 195-196) explica que

a noticiabilidade é constituída por complexos requisitos que se exigem para os eventos (...), para adquirirem a existência pública de notícia. Tudo o que não responde a esses requisitos é “selecionado”, uma vez que não se mostra adequado às rotinas de produção e aos cânones da cultura profissional: não conquistando o estatuto público de notícia, permanece simplesmente um evento que se perde na “matéria-prima” que o aparato informativo não consegue transformar e que, portanto, não deverá fazer parte dos conhecimentos do mundo, adquiridos pelo público por meio da comunicação de massa.

Tendo isso definido, Wolf (2003, p. 202) conclui que o valor da notícia é um componente do critério de noticiabilidade, utilizado, segundo alguns parâmetros, para definir “os elementos dignos de ser incluídos no produto final”. Ao investigarmos os aspectos descritos pelo autor em relação ao conceito do valor-notícia, encontramos referências ao tema em texto de Luiz Alberto Farias (2011, p. 114), o qual explica que

a importância e o interesse de determinado assunto terão relação com o grau e o nível hierárquico dos indivíduos envolvidos no acontecimento noticiável, além do impacto sobre a opinião pública e da quantidade de pessoas que o acontecimento envolva.



Portanto, conforme o princípio do valor-notícia e o índice de noticiabilidade do assunto em questão – o tema segurança do paciente –, este atende a, pelo menos, dois quesitos destacados pelo autor: impacto sobre a opinião pública (trata-se de tema ligado à garantia de preservação da vida); e quantidade de pessoas envolvidas (milhões, em todo o mundo). Esses dois fatos, por si sós, já demandariam a atenção dos meios. Porém, como tal não ocorreu, era necessário, ainda segundo os pressupostos do conceito de valor-notícia, aprofundar a análise.

Wolf (2003, p. 208) elenca, como o primeiro dentre os critérios de noticiabilidade de um fato, a questão do “grau e nível hierárquico dos indivíduos envolvidos no acontecimento noticiável”. Na situação abordada no presente estudo, essa classificação não é pertinente, pois envolvidos são todos os usuários do sistema de saúde. Por isso, optamos por realizar uma leitura alternativa para esse critério, não encontrada em Wolf ou em outro autor que tenha abordado o tema. Ampliamo-lo para a análise do *emissor da informação*, de seu grau e nível hierárquico. Poderia o fato de a campanha para a promoção da segurança do paciente ser realizado por um órgão público voltado para a fiscalização do exercício da enfermagem ter, de alguma forma, influenciado os jornalistas, quando da aplicação dos critérios de noticiabilidade? Outra vertente de análise sugerida, ainda conforme uma proposta de adaptação dos critérios sugeridos por Wolf, pode ser compreendermos quem deve ser, para a imprensa, o emissor das informações sobre temas da saúde: poderia ser o enfermeiro, representado pelo Coren-SP, considerado um emissor inesperado de informações de tamanho peso e significado?

O ENFERMEIRO, ESSE GRANDE DESCONHECIDO

Jeanne Marie R Stacciarini et al. (1999) realizaram um estudo que buscava detectar, entre os visitantes do campus da Universidade Federal de Goiás (UFGO), qual seria a sua opinião sobre quem é o enfermeiro. A representação mais frequente mencionada espontaneamente pelos pesquisados foi a de “auxiliar do médico”. Uma das conclusões das autoras, diante dessa prevalência, foi a de que “essa representação denota que o enfermeiro é submisso ao médico; alguém que atua mediante as ordens do médico”.

Em outra pesquisa, conduzida por Ligia Fahl Kemmer e Maria Júlia Paes da Silva (2007), foi proposto pelas autoras compreender a visão e opinião que profissionais comunicadores guardam do enfermeiro. Desejavam desvendar as razões pelas quais a enfermagem, apesar de possuir “um corpo próprio de conhecimento científicos, buscando, por meio de estudos e pesquisas, a sua definição como ciência”, não conta com o reconhecimento social de suas ações. Como primeira conclusão, o estudo mostrou que “as representações sociais identificadas em diversos segmentos da sociedade e aquelas veiculadas notadamente pela mídia, refletem (...) um profissional sem poder, sem autonomia, sem conhecimento, sem voz”.

Em relação à percepção da representação do enfermeiro pelos profissionais de comunicação entrevistados, as mesmas autoras identificaram “a figura do enfermeiro como ‘a sombra do mé-



dico' e, muitas vezes, de forma estereotipada". Segundo suas observações, os entrevistados reproduziram uma opinião já constatada em outros estudos a respeito da imagem do enfermeiro, nos quais este "é caracterizado por realizar tarefas simplesmente técnicas, subordinado à área médica, identificado como auxiliar de médico e atuando em profissão denotativa de mão de obra barata". A falta de visibilidade do enfermeiro e de seu potencial diante da imprensa foi ilustrada pelas autoras num depoimento de um de seus entrevistados (apud Kemmer; Silva, 2007).

Fui fazer uma matéria e então descobri que a principal autoridade em amamentação aqui na cidade era uma enfermeira, não era um médico. Foi muito engraçado porque nesta ocasião eu trabalhava no jornal e a matéria era específica sobre amamentação e obviamente que eu fui primeiro a pediatras, ginecologistas.

ENTREVISTAS: DESCOBRINDO O QUE PENSA A IMPRENSA DA CAPITAL PAULISTA

Os questionamentos do trabalho em relação à percepção da imprensa acerca da enfermagem como um possível fator concorrente para a falta de aproveitamento das pautas sobre segurança do paciente enviadas pelo Coren-SP aos jornalistas motivou a realização de entrevistas com repórteres de alguns veículos da capital paulista. Foram enviados questionários contendo perguntas abertas e fechadas para jornalistas de doze grandes veículos, entre rádios, emissoras de televisão, jornais e portais de internet. O critério adotado para seleção dos veículos foi a existência de contatos prévios de seus jornalistas com o Coren-SP. Dos doze questionários enviados, apenas cinco retornaram. A análise foi realizada sobre esse total de questionários respondidos.

Uma única pergunta, fechada, porém, abordando diferentes aspectos da mesma questão, iniciou o questionário. Perguntados sobre qual, dentre os profissionais de saúde elencados em cada item, priorizariam como fontes para entrevistas sobre temas diversos da saúde, os jornalistas deveriam numerar, por ordem de prioridade, do profissional que considerassem mais relevante ao menos relevante para sua pauta. A seguir, comentaremos o que pode ser constatado a respeito de três dos sete temas para os quais sugerimos a indicação das possíveis fontes para os jornalistas entrevistados.

O primeiro tema proposto foi o parto normal. Dos cinco respondentes, dois optariam por um médico como primeira fonte. Nenhum deles escolheu o enfermeiro como primeira opção. Para três entrevistados, o enfermeiro seria a sua opção menos provável para tornar-se fonte de suas matérias. É interessante notar que, dentre os quatro profissionais elencados como opções (médico, enfermeiro, obstetriz, parteira), apenas o médico e o enfermeiro podem, legalmente, realizar o parto normal.

A segunda pauta sugerida foi sobre o aleitamento materno. Quatro dos entrevistados indicaram o nutricionista como sua fonte primária de informações. Um entrevistado considerou o médico como sua primeira opção. Três dos entrevistados indicaram o enfermeiro como sua última opção.



Cabe registrar que uma pauta sobre aleitamento materno que utilizasse um nutricionista como fonte contaria apenas com informações a respeito dos aspectos nutricionais do leite. Quanto ao foco principal da pauta – dificuldades para amamentar, técnicas que a mãe deve conhecer para sentir-se confortável e oferecer conforto à criança, entre outros aspectos –, esses tópicos seriam plenamente esclarecidos se os jornalistas optassem pelo enfermeiro como fonte.

A respeito da sugestão de pauta sobre exame pré-natal, três entrevistados escolheriam um médico como fonte. Outros dois escolheriam uma obstetriz como sua primeira opção. O enfermeiro figura como segunda opção para dois entrevistados e como última opção para outros dois. Para um dos entrevistados, o enfermeiro nem mesmo seria considerado como fonte. Assim como na autorização para realização de parto normal, também a realização dos exames pré-natal é atividade legalmente restrita apenas a médicos e enfermeiros.

Embora essas perguntas de múltipla escolha com opção de ranqueamento já tenham servido ao propósito de esclarecer o grau de conhecimento dos jornalistas a respeito das competências e do conhecimento técnico e científico do enfermeiro, foi na última pergunta, aberta, que sua opinião sobre esse profissional se apresentou de forma clara. Ficou evidente, por meio das palavras utilizadas nas respostas, a reprodução da percepção que se tem do enfermeiro na sociedade:

Para mim o enfermeiro sempre foi o auxiliar do médico (Entrevistado 2).

É o profissional que presta serviços auxiliares aos de um médico em um hospital (Entrevistado 1).

Um auxiliar na cirurgia, no atendimento (Entrevistado 5).

O enfermeiro também foi equivocadamente identificado pelos jornalistas como o responsável pelas ações que, na verdade, são cotidianas dos auxiliares e técnicos de enfermagem, como demonstram as respostas à entrevista:

Serve para aplicar uma injeção, segurar paciente quando preciso, passar instrumentos para o cirurgião, fazer os primeiros socorros (Entrevistado 2).

(...) auxílio ao tratamento em geral prescrito pelo médico, como dar orientações, ministrar remédios, entre outros [itens] (Entrevistado 4).

Ao recordarmos os passos seguidos para tentar desvendar as razões que provocaram a resistência dos jornalistas da capital paulista em aceitar pautar os temas propostos pelo Coren-SP, a teoria mostrou ser possível que uma associação de todos os fatores mencionados contribua para essa “invisibilidade” do enfermeiro e de seu órgão representante. No entanto, uma questão mais profunda parece se desenhar, ao percebermos, por meio das entrevistas, o quanto a imagem do enfermeiro na sociedade pode contribuir para a difícil construção de credibilidade e de consistência técnica e científica do órgão público que representa a categoria.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em dezembro de 2010, o país todo acompanhou, por meio da imprensa, as notícias a respeito da morte de Stephanie dos Santos Teixeira. Internada no Hospital São Luiz Gonzaga, na capital paulista, a menina, de doze anos, foi admitida no pronto-socorro da instituição apenas para tratar-se de uma leve indisposição gastrointestinal. Saiu de lá morta. A auxiliar de enfermagem responsável na ocasião por preparar o soro a ser administrado na criança cometeu um erro: pegou o recipiente com vaselina líquida, em vez daquele que continha o soro fisiológico. Vaselina na veia provoca a morte em instantes.

“Justiça!”, era o que se ouvia dos meios de comunicação a respeito da morte evitável de uma criança. Morte evitável. Exatamente o tema sobre o qual o Coren-SP trabalhou ao longo daquele ano junto àqueles mesmos jornalistas que buscavam informações a respeito da punição a ser aplicada à auxiliar de enfermagem.

O Brasil, país-membro da Organização Mundial de Saúde, firmou, em 2002, o compromisso de unir-se aos esforços de poupar as vidas perdidas anualmente, decorrentes de erros no processo de assistência à saúde. O Coren-SP, cumprindo com sua obrigação de tornar público um tema que alertaria a sociedade, os serviços de saúde e os governos para uma urgente necessidade de mobilização, acreditou e confiou na força e no poder da imprensa para atuar como parceira em sua missão. Mas, ao que parece, o alerta de que era necessário salvar cinco milhões de vidas apresentou um valor-notícia baixo. E, assim, a menina Stephanie Teixeira engrossou a trágica estatística.

O percurso metodológico adotado no trabalho aqui comentado levou a descobertas que apontaram para algumas constatações: enfermeiros não são considerados fontes de informação para os jornalistas, pois estes entendem o enfermeiro como ajudante de médicos. Por extensão, as pautas apresentadas à imprensa pelo órgão representativo dos enfermeiros carecem de atrativos (baixo valor-notícia) e de legitimidade – pois, para o jornalista, saúde é área de domínio da medicina e não da enfermagem, que é apenas auxiliar do médico, como foi possível constatar por meio das entrevistas.

Embora o estudo tenha servido ao propósito de lançar alguma luz sobre as razões pelas quais a imprensa paulistana ignorou as pautas sobre segurança dos pacientes propostas pelo Coren-SP, apenas essa compreensão não será suficiente para fazer chegar à sociedade as informações e os alertas que os enfermeiros, por meio de seu órgão de classe, têm a apresentar. Mudar a forma de atuação dos meios de comunicação é proposta inviável.

Resta ao órgão aprender – e compreender – os caminhos trilhados pela lógica da comunicação de massa e desenvolver novas propostas de atuação para alcançar e sensibilizar os jornalistas. Mesmo em tempos de comunicação em rede, na qual todo cidadão é “mídia” em potencial, ainda assim – e, possivelmente, por muito tempo ainda – os jornalistas serão *stakeholders* imprescindíveis e estratégicos para os órgãos públicos.



REFERÊNCIAS

FARIAS, Luiz Alberto. Relações com a imprensa. In: FARIAS, Luiz Alberto (Org.). *Relações públicas estratégicas*. São Caetano do Sul (SP): Difusão: 2011. p. 109-118.

HASWANI, Mariângela Furlan. Quem agenda quem: estudo das relações entre assessorias de imprensa do setor público e veículos jornalísticos na cidade de São Paulo. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) – Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo.

KEMMER, Ligia Fahl; SILVA, Maria Júlia Paes da. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (on-line), v. 15, n. 2, mar.-abr. 2007.

NOVELLI, Ana Lúcia R. Relações públicas governamentais. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). *Relações públicas: história, teorias e estratégias nas organizações contemporâneas*. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 485-509.

RODRIGUES, Valter A. Poder e [im]potência da mídia: a alegria dos homens tristes. In: BARROS FILHO, Clóvis de (Org.). *Comunicação na pólis: ensaios sobre mídia e política*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 209-226.

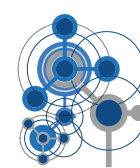
SALGADO, Paulo Régis. Comunicação organizacional: a ótica das relações públicas governamentais. In: FARIAS, Luiz Alberto (Org.) *Relações públicas estratégicas*. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2011. p. 247-262.

SANTOS, Mônica F. A (in)visibilidade do enfermeiro como fonte de informações para a imprensa. Monografia (Especialização em Gestão Estratégica de Comunicação Organizacional e Relações Públicas) – Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, 2011.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; ANDRAUS, Lourdes M. S.; ESPERIDIÃO, Elizabeth; NAKATANI, Adélia K. Quem é o enfermeiro? *Revista eletrônica de enfermagem*, a. 1, n. 1, out.-dez. 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>>. Acesso em: 13 abr. 2011.

WOLF, Mauro. Teorias das comunicações de massa. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Recebido em: 05.03.2012 / Aceito em: 04.06.2012





Transplantes em notícia: um jornalismo delineado em factos declinados por fontes oficiais¹

Transplants in the news: a journalism outlined by facts declined by official sources

Trasplantes en noticia: un periodismo delineado en hechos declinados por fuentes oficiales

¹ As autoras integram o Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (Cecs), da Universidade do Minho (UMinho). Este trabalho é financiado por Fundos Feder, através do Compete – Programa Operacional Factores de Competitividade (FCOMP-01-0124-FEDER-009064), e por fundos nacionais, através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do projeto “A doença em notícia” (PTDC/CCI-COM/103886/2008).



Felisbela Lopes

- Doutora em Ciências da Comunicação pela Universidade do Minho (UMinho), Portugal
- Pró-reitora da UMinho e professora do Departamento de Ciências da Comunicação
- Autora dos livros: *A tv do real; A tv das elites; A tv do futebol; e O telejornal e o serviço público*
- E-mail: flopes@reitoria.uminho.pt

Teresa Ruão

- Doutora em Ciências da Comunicação pela Universidade do Minho (UMinho), Portugal
- Professora do Departamento de Ciências da Comunicação da UMinho
- E-mail: truao@ics.uminho.pt

Sandra Marinho

- Doutora em Ciências da Comunicação, pela Universidade do Minho (UMinho), Portugal
- Professora no Departamento de Ciências da Comunicação da UMinho
- E-mail: marinho@ics.uminho.pt

Luciana Fernandes

- Mestre em Ciências da Comunicação pela Universidade do Minho (UMinho), Portugal
- E-mail: lucianagmf@gmail.com

Sofia Gomes

- Mestre em Ciências da Comunicação pela Universidade do Minho (Uminho), Portugal
- E-mail: sofiagomes_11@hotmail.com



Resumo

Em 2011, o problema dos transplantes foi um tópico que suscitou bastante atenção mediática, constituindo-se como um assunto algo recorrente, comparado com anos anteriores. Aqui, queremos perceber que tipo de tematização foi seguido em 59 artigos seleccionados em 2011 e que fontes de informação foram interpeladas para a construção de uma noticiabilidade que colocou esse tópico no debate público. Este trabalho insere-se numa investigação mais ampla que começou em 2008 e que, até finais de 2011, reuniu uma amostra de 6.305 artigos noticiosos sobre saúde publicados na imprensa generalista portuguesa.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE • JORNALISMO DE SAÚDE • TRANSPLANTES • FONTES DE INFORMAÇÃO • TEMATIZAÇÃO

Abstract

In 2011, the transplant problem was a subject that required much attention by the media, becoming an usual matter, if compared with previous years. Here, we want to understand the type of thematization made in the 59 news articles gathered in 2011 and what type of news sources were contacted to built the newsworthiness that placed this topic in the public debate. This work is part of a wider investigation that begun in 2008 and gathered 6.305 news articles about health, published in the Portuguese general press until 2011.

KEYWORDS: HEALTH COMMUNICATION • HEALTH JOURNALISM • TRANSPLANTS • NEWS SOURCES • THEMATIZATION

Resumen

En el año 2011, el problema de los trasplantes fue un tópico que generó bastante atención de los medios de comunicación, constituyéndose como una cuestión recurrente, si la comparamos con años anteriores. Aquí, queremos descubrir que tipo de tematización se hizo en los 59 artículos seleccionados en el año 2011 y que fuentes de información fueron interpeladas para la construir una noticiabilidad que posicionó este tópico en el debate público. Este trabajo se insiere en una investigación más amplia que comenzó en 2008 y que, hasta finales del 2011, reunió una muestra de 6.305 artículos noticiosos sobre salud publicados en la prensa generalista portuguesa.

PALABRAS-CLAVE: COMUNICACIÓN EN SALUD • PERIODISMO DE SALUD • TRASPLANTES • FUENTES PERIODÍSTICAS • TEMATIZACIÓN

Uma parte relevante da literatura da comunicação em saúde trata a temática da “doença”. Há uma perspectiva dominante que sugere que a comunicação tem um papel central na adaptação humana, individual e grupal aos diferentes níveis de risco em matéria de saúde, bem como ao tratamento de situações já instaladas. Uma comunicação adequada parece concorrer para a redução dos riscos, a prevenção, a detecção e o diagnóstico das doenças, bem como para o seu tratamento e a sobrevivência. A literatura fala, aliás, do papel da comunicação na promoção de um estilo de vida saudável e livre de doenças, sendo de realçar, nesse contexto, o papel dos media enquanto importantes responsáveis pelo desenvolvimento da consciência social sobre as doenças mais prevalentes e pela promoção de uma literacia em saúde.

A comunicação em saúde é um campo disciplinar relativamente recente e em constante evolução. Apresenta uma abordagem multidisciplinar (Schiavo, 2007, p. 11) e caracteriza-se por um registo predominantemente intervencionista, proporcionando algumas mudanças na “esfera dos comportamentos individuais e dos estilos de vida”² (Zoller; Dutta, 2008, p. 11). Vicky Freimuth e Sandra Quinn (2004, p. 2053) entendem comunicação em saúde como “o estudo e o uso de métodos que permitem influenciar as decisões individuais e grupais de modo a melhorar a saúde dos cidadãos”. Desse ponto de vista, pode afirmar-se que um dos fundamentos da comunicação em saúde está na compreensão da influência da comunicação humana mediada na prestação e promoção de cuidados de saúde às populações, tendo em consideração que este objetivo responde diretamente a interesses políticos e pragmáticos de promoção da saúde e de prevenção da doença. Podemos assim, seguindo a perspetiva de Richard Thomas (2006, p. 4), defender que a comunicação em saúde é uma poderosa “ferramenta da promoção da saúde pública”. Nesse contexto, Dianne Berry (2007) salienta a importância da informação na tomada de decisões, afirmando o seguinte: “sem informação, não há escolha. A informação ajuda o conhecimento e a compreensão. Dá aos pacientes o poder e a confiança para se envolverem como parceiros do serviço de saúde” (Berry, 2007, p. 1).

Este é, pois, um campo científico extremamente rico, que inclui o estudo de diferentes níveis e canais de comunicação, aplicados a uma grande variedade de contextos sociais. Segundo Gary Kreps et al. (1998), os níveis primários de análise da comunicação na saúde incluem a comunicação intrapessoal, interpessoal, grupal, organizacional e social. Aqui, interessa-nos, sobretudo, este último nível, no qual os *media* desempenham um papel extremamente importante.

Tendo em conta a plêiade de definições à volta desse conceito, Renata Schiavo (2007, p. 4) afirma que todas apontam para o papel dos media na defesa da saúde e na melhoria dos resultados individuais e públicos. Neste processo comunicativo, muitas vezes assente em registos persuasivos, tal como lembram Scott Ratzan et al. (apud Kreps; Maibach, 2008), é preciso ter em especial atenção a responsabilidade ética na definição da agenda de comunicação das sociedades em matéria de saúde, porque tudo o que se noticia tem impacto naqueles que consomem essa informação.

² As traduções de citações de autores de outros idiomas são da nossa autoria.



Tendo em conta a plêiade de definições à volta desse conceito, Renata Schiavo (2007, p. 4) afirma que todas apontam para o papel dos media na defesa da saúde e na melhoria dos resultados individuais e públicos. Neste processo comunicativo, muitas vezes assente em registos persuasivos, tal como lembram Scott Ratzan et al. (apud Kreps; Maibach, 2008), é preciso ter em especial atenção a responsabilidade ética na definição da agenda de comunicação das sociedades em matéria de saúde, porque tudo o que se noticia tem impacto naqueles que consomem essa informação.

No contexto de criação de noticiabilidade em saúde, será tão importante anunciar o que acontece como produzir relatos que se assumam como prevenção relativamente àquilo que pode acontecer. Eis uma tematização importante, quando se fala em doenças e que é frequentemente desvalorizada no discurso jornalístico.

A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO NOS CONTEÚDOS QUE SÃO NOTÍCIA NO CAMPO DA SAÚDE

Ao procurar o significado de “prevenir” num dicionário, salientam-se ideias como: “preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”, entre outras expressões semelhantes (Ferreira, apud Czeresnia, 2003, p. 4). Ora, prevenção é isso mesmo: preparar para a chegada de uma doença e/ou evitar a sua expansão. Nas palavras de Lise Renaud e Carmen Rico de Sotelo (2007, p. 216) a comunicação “constitui um potente motor de promoção da saúde” e, nesse processo, o papel da prevenção é imprescindível. Nessa ordem de ideias, Gary Kreps (2003, p. 15) explica que a comunicação é essencial para “promover o desenvolvimento de programas de rastreio na área da saúde”, assim como para incentivar o público a detetar precocemente qualquer tipo de doença.

Seguindo o mesmo raciocínio, Paulo Moreira (2005, p. 13) entende que “prevenir significa desenvolver atividades que impeçam ou dificultem a chegada de determinada condição”, salientando que é importante conhecer os fatores que influenciam essa condição para se poder usar estratégias mais adequadas. Czeresnia (2003, p. 5) também aborda esta questão e considera que as práticas de promoção, à semelhança das de prevenção, “fazem uso do conhecimento científico e os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo”.

No que diz respeito a essa associação entre os conceitos de prevenção e de promoção, Czeresnia (2003, p. 5) lembra que existe uma linha muito ténue a dividi-los, mas poder-se-á distingui-los da seguinte forma: “A compreensão adequada do que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações”. Ainda assim, estes dois conceitos podem e devem trabalhar em conjunto, tal como sugere Maria do Céu Antunes Martins (2005, p. 2): “Mais do que

prevenir a doença, importa hoje prevenir a saúde”. A investigadora defende, pois, que a “promoção da saúde é uma das chaves deste grande objetivo”.

Relativamente à prevenção em saúde, Hugh R. Leavell e Edwin G. Clarck (apud Czeresnia, 2003, p. 4) alertam para a necessidade de uma ação antecipada, “baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”. De acordo com Czeresnia (2003, p. 4), a prevenção em saúde baseia-se, então, em ações que se definem como “intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”.

Perante esta situação, Janaína Pacheco (2005, p. 9) realça o papel dos *media* na prevenção, acreditando que “é por meio de informações com qualidade e ética que poderemos mudar as atitudes e comportamentos, bem como transformar a sociedade”. Nessa linha, Kreps (2003) reconhece o papel importante das notícias de saúde na prevenção, detecção e diagnósticos das doenças. Já Alan Radley et al. (2006) acrescentam o seu papel na adoção de estilos de vida saudável. A esse respeito, Felisbela Lopes et al. (2012, p. 132) acrescentam que

toda a comunicação desenvolvida no sector da saúde (...) tem a grande responsabilidade de, primeiro, determinar quais são os conteúdos informativos adequados às situações e aos públicos-alvo e, depois, preparar essas mensagens de modo a promover, efetivamente, a saúde e prevenir a doença.

Corroborando aquilo que veremos mais adiante, Pacheco (2005, p. 10) salienta a desvalorização da prevenção por parte dos *media*, escrevendo o seguinte: “As informações transmitidas sobre saúde, principalmente referindo-se à saúde pública, deixam a desejar em relação à transparência, educação e, principalmente, prevenção”. Com efeito, na análise de Lopes et al. (2012), confirma-se que a prevenção é um tema desvalorizado na imprensa portuguesa, representando uma ínfima parte da cobertura mediática da saúde, com registo de um decréscimo entre 2008 e 2010, aliando a esse facto a reduzida percentagem de eventos divulgados por antecipação, associada igualmente à prevenção.

Embora haja exceções, atualmente as notícias no campo da saúde tendem a ser encaradas como um produto que tem o dever de ser comercializado. Neste sentido, a saúde em si é vista como mercadoria, pelo que não é aconselhável o desenvolvimento de mecanismos de prevenção e promoção da saúde. Talvez por isto, Cynthia R. Bydlowski et al. (2004, p. 22) defendam que os *media* “raramente ouvem os movimentos populares de saúde, enfermeiros ou paramédicos que difundem práticas inovadoras promotoras de saúde”, procurando-se “notícias contundentes e negativas”. Também Fernando Lefèvre (apud Bydlowski, Westphal; Pereira, 2004, p. 22) partilha essa opinião, quando defende que os *media* veem a saúde como a “ausência da doença”, apoiando o consumo de determinados produtos como cura para as ditas doenças. Em consequência dessa atitude, os



meios de comunicação da massa acabam por reforçar “uma visão curativa e biomédica do processo saúde-doença, não propondo uma ação que dê conta das causas das doenças, como propõe a promoção da saúde” (Bydlowski; Westphal; Pereira, 2004, p. 22).

AS NOTÍCIAS DOS TRANSPLANTES SÃO AQUILO QUE AS FONTES DETERMINAM

No processo produtivo de informação, há um elemento que sobressai: as fontes de informação. Tal como o acontecimento determina o agendamento noticioso, também a notoriedade e a valorização de determinada fonte podem condicionar aquilo que se torna notícia. É incalculável o valor de certos “promotores de notícias” (Molotch; Lester, 1993), quer no processo de *agenda-setting*, quer ainda no processo de enquadramento escolhido (*framing*) (Hall et al., 1993; Takahashi, 2010). No caso dos transplantes, a matéria em notícia, em determinada altura do ano, concentra-se na região centro do país, porque ali estão médicos com grande notoriedade pública e projeção mediática (o cirurgião cardiorádico Manuel Antunes e um dos pioneiros dos transplantes em Portugal, Alexandre Linhares Furtado), que empurram determinados factos para as páginas de jornal, condicionando seu enquadramento.

Como qualquer fonte de informação, as fontes de saúde procuram influenciar a agenda mediática e o processo de produção das notícias, a fim de criarem esquemas de interpretação social dos temas que lhes interessam. Esta relação entre fontes e jornalistas nem sempre é pacífica no terreno e não reúne entendimento inequívoco pelos investigadores que a observam. Há teóricos que colocam um substancial poder do lado das fontes: Leon Sigal (1973) defende que os conteúdos noticiosos dependem daquilo que as fontes transmitem, através de canais diversos (informais, de rotina, de iniciativa); Melvin Mencher (1991, p. 282) afirma que as fontes se constituem como “o sangue” do jornalista; Manuel Carlos Chaparro (2001, p. 43) sustenta que “na hora de escrever, a perspectiva das fontes influencia inevitavelmente a decisão jornalística”; outros defendem a superioridade dos jornalistas concretizada na edição dos textos em que escolhem determinado enquadramento (Serrano, 1999); outros colocam essa relação em equilíbrio, embora sempre precário: Herbert Gans (1979, p. 116) fala de uma “dança” em que as fontes procuram o acesso aos jornalistas e os jornalistas procuram o acesso às fontes. É com esse posicionamento de uma certa proporcionalidade, a qual segue uma perspectiva construcionista, que mais nos identificamos. Para que tal conjugação se torne possível, é necessária a união de duas vontades: que haja interesse dos jornalistas pelas questões da saúde e disponibilidade das fontes para fornecer a informação necessária. Esses dois fatores têm vindo a intensificar-se com o passar do tempo.

Essa atração das fontes da saúde pelo espaço público é, aliás, notória na crescente “medicalização” do discurso mediático (McAllister, 1992). Diversos são os autores que trabalham esse fenómeno social recente e relevante que é a “medicalização” da vida das sociedades. Este con-



ceito parece ter origem na crescente influência da medicina na forma como os indivíduos veem e interpretam a realidade, agora muito focada nos problemas da saúde individual e coletiva. Ora, aparentemente, os *media* parecem ter tido um papel fundamental no desenvolvimento dessa realidade “medicalizada”, uma vez que aceitaram e reproduziram o discurso “medicalizado” das fontes da saúde. Segundo Matthew McAllister (1992), essa facilidade de reprodução do discurso das fontes da saúde resulta, em primeiro lugar, da concordância entre o valor da objetividade jornalística e as perspectivas “medicalizadas” suportadas cientificamente; em segundo lugar, da grande dependência do jornalista relativamente a essas fontes, pelo seu elevado grau de especialização; e por fim, das próprias necessidades retóricas do jornalismo.

A importância de quem diz e o que diz deve-se ao fato de no jornalismo, em especial no jornalismo de saúde, a fonte assegurar a autenticidade da informação. No caso das notícias científicas, a fonte não fornece um simples testemunho, mas, em geral, diz algo a partir de um lugar que lhe confere autoridade para dizê-lo, tornando verossímil o que é enunciado. No campo da saúde, as figuras do médico e do cientista/investigador em saúde são determinantes. Se, além do seu título, a fonte também for um representante de uma organização ou associação em saúde, essa condição dá-lhe autoridade para representar coletivamente os seus pares, como se a sua voz fosse a de muitos.

O propósito da informação equilibrada, no campo da saúde é uma intenção que encontra alguns entraves, uma vez que descobrir fontes dispostas a falar e a contar as suas “estórias” constitui, por vezes, uma tarefa árdua, como refere um estudo de Darrin Hodgetts et al. (2008). Nesse contexto, torna-se indispensável a construção de relações consistentes com fontes acessíveis, credíveis e fiáveis. É, talvez, por esse motivo que as fontes governamentais e as instituições prestadoras de saúde (ditas fontes oficiais e as fontes institucionais especializadas) tendem a ser as fontes mais contactadas pelos jornalistas. Além de terem o título de uma autoridade em saúde e de serem fontes importantes para os jornalistas, assumem uma condição diferenciada no campo jornalístico, atuando muitas vezes como “intelectuais-jornalistas” (Bourdieu, 1997), devido ao treino que vão tendo no contato com os jornalistas. Essas fontes, por norma, anunciam ou comentam o que acontece. Quase nunca se apoderam de um discurso de prevenção ou de educação para a saúde. Representam instituições e falam com a autoridade de quem assume um coletivo de pessoas. Os jornalistas apreciam-nas pela credibilidade que lhes é reconhecida e pela prática que têm em falar com os *media*.

Nesta relação de confiança que se vai criando entre os jornalistas e alguns grupos de fontes de informação (normalmente fontes organizadas), há um aspeto que obstaculiza um relacionamento mais fluído e mais ativo: o fato de os jornalistas especializados em assuntos de saúde serem, por regra, muito poucos. Segundo alguns autores, coloca-se aqui em causa um jornalismo mais dinâmico, dando origem a “health packs” (Dunwoody e Bennett, apud McAllister, 1992, p. 205), “pacotes” de informação que são partilhados pelos jornalistas no seu próprio meio, isto é, entre colegas



de profissão. Como consequência, parece existir uma homogeneidade de tópicos e de ângulos. Essa cooperação na recolha de dados e no recurso às mesmas fontes parece facilitar o controlo da informação por parte de certas organizações de saúde. Por outras palavras, “os *media* noticiosos estão sempre à procura de conteúdos convenientes e conteúdos (nem sempre convenientes) estão sempre à procura de uma saída nas notícias” (McQuail, 2003, p. 291).

TRANSPLANTES NA IMPRENSA PORTUGUESA EM 2011 – METODOLOGIA

A investigação aqui desenvolvida, parte integrante do projeto “A doença em notícia”, procurou estudar a mediatização da saúde na imprensa portuguesa, designadamente nos jornais *Público*, *Jornal de Notícias* – diário de referência e diário popular, respectivamente – e *Expresso* – semanário de referência (amostragem não-probabilística de casos típicos). Entre 2008 e 2011 foram publicados 6.305 artigos sobre saúde. Contudo, neste artigo, a pesquisa deteve-se num campo mais específico: o tratamento dos “transplantes” durante 2011. Assim, o *corpus* diz respeito aos artigos publicados entre janeiro e dezembro de 2011, sendo que, durante esse tempo, foram recolhidos 1.890 artigos sobre saúde nas três publicações em estudo, mas apenas foram registados 59 sobre “transplantes” (ver quadro 2). Não se pode falar aqui de um processo de amostragem propriamente dito, já que foi considerada toda a produção noticiosa.

Na análise desses 59 artigos foram considerados os seguintes critérios, variáveis e categorias, na classificação dos acontecimentos que são noticiados:

- Geografia, ou seja, lugar onde os fatos acontecem: Nacional/internacional; Norte, Centro, Grande Lisboa, Alentejo, Algarve e Ilhas; Europa; América do Norte; América Central; América do Sul; Ásia e Oceania; África.
- Género jornalístico: notícia, entrevista ou reportagem;
- Extensão do texto: breve, médio, extenso;
- Distância do texto em relação ao acontecimento: antecipação, dia anterior, mais do que um dia depois do acontecimento, ponto de situação e sem data;
- Tom do título: positivo, negativo, neutro ou ambíguo;
- Tema: prevenção, investigação e desenvolvimento, retratos de situação, situações de alarme /risco, práticas clínicas e tratamentos, negócios/economia da saúde, políticas de saúde, outros



Já em relação às fontes de informação utilizadas, fizemos a seguinte classificação:

- Identificação: identificadas, não-identificadas e anónimas;
- Sexo: feminino, masculino, coletivo e não-pessoal;
- Número de fontes citadas;
- Geografia: Nacional/internacional; Norte, Centro, Grande Lisboa, Alentejo, Algarve e Ilhas; Europa; América do Norte; América Central; América do Sul; Ásia e Oceania; África;
- Estatuto: essa categoria foi subdividida em fontes do campo da saúde e fontes fora do campo da saúde. As primeiras compreendem as fontes oficiais; as fontes especializadas institucionais; as fontes especializadas não-institucionais; documentos; *media/sites/blogues* e pacientes/familiares (sendo que cada uma destas comporta um vasto conjunto de especificações). As segundas integram igualmente fontes especializadas institucionais e especializadas não-institucionais (também com especificações), o cidadão comum, as celebridades, documentos e *media/sites/blogues*.

Tratando-se de um mapeamento extensivo, deu-se preferência à análise quantitativa dos dados, ao nível da estatística descritiva. Essa opção justifica-se com o nosso objetivo primeiro de fazer um levantamento de regularidades, em detrimento de uma formulação explícita de hipóteses ou consequente medição da associação entre variáveis, o tipo de análise que pretendemos desenvolver adiante.

TRANSPLANTES EM NOTÍCIA NOS JORNAIS PORTUGUESES EM 2011 – RESULTADOS

Quando falam de saúde, os jornais não se centram excessivamente nas doenças. Em 2011, a percentagem de textos que se debruçam nesse domínio é relativamente baixa, como demonstra o quadro 1.

Quadro 1 – Doenças em notícia entre 2008 e 2011 (dados em %)

Jornais	2008	2009	2010	2011
Expresso	29,2	55,1	38,9	31,9
Público	32,4	55,4	23,2	25,1
Jornal de notícias	29,4	67,3	20,7	30,9

As doenças oncológicas continuam a ser uma matéria que suscita grande atenção mediática, mas, em 2011, houve, como já sublinhámos, um tópico que, sendo transversal a diferentes doenças, também sobressaiu: os transplantes, ou seja, a colheita de órgãos ou tecidos de um indivíduo (da-



dor) para outro indivíduo (recetor). Embora a tematização seja algo idêntica em todos os jornais (práticas clínicas, políticas e retratos), os assuntos tratados diferem em cada título. Abre-se aqui uma exceção que se concretiza apenas nos jornais diários, quando estiveram em causa transplantes de doentes com o estatuto de figuras públicas ou a elas ligados. Os casos do irmão do então primeiro-ministro (que já havia sido notícia num passado recente), de um elemento da conhecida banda *rock* portuguesa Xutos & Pontapés e, principalmente, do filho do futebolista Carlos Martins, da Seleção Portuguesa, colocaram os transplantes no espaço público mediático, provocando um certo efeito de *agenda-setting* que despertou os jornalistas para esta temática.

Os temas em notícia: quando a prevenção é silenciada

O *Expresso*, feito ao ritmo semanal, não orientou, em 2011, a seleção noticiosa para os transplantes, tema que praticamente ignora (ao longo do ano o semanário publicou apenas três textos sobre transplantes). Diferente opção fizeram os jornais diários, que dedicaram vários artigos noticiosos a essa matéria: mais no *Jornal de Notícias* (32 textos) do que no *Público* (24 textos). Daquilo que se noticiou, pouco ou nada se escreveu sobre prevenção.

Percorrendo os textos que falam de transplantes, não se nota uma grande variedade temática. Pelo contrário: a maior parte dos artigos cabe em três categorias: práticas clínicas, políticas e retratos de situação. Dentro de cada uma delas, cada jornal faz uma seleção distinta de acontecimentos.

No que diz respeito às práticas clínicas, o *Público* deu espaço às reivindicações quanto à troca de um medicamento por um genérico no tratamento de transplantes hepáticos, explicou quem pode ser dador de rins e como se faz e vive um transplante; o *Jornal de Notícias* deteve-se nos transplantes hepáticos e de fígado, bem como nas dificuldades em fazer um transplante em Portugal. Quanto às políticas, o *Público* falou dos cortes nos incentivos para os transplantes decidido pelo Ministério da Saúde, das demissões na Autoridade dos Serviços de Sangue e da Transplantação e do anúncio do regresso a Portugal dos transplantes pediátricos; o *Jornal de Notícias* reiterou os cortes no setor, mas também anunciou a criação/reorganização de serviços. Ao nível dos retratos de situação, o *Público* contabilizou a colheita de órgãos em cadáveres e relatou o quotidiano de doentes com transplante de diferentes órgãos; o *Jornal de Notícias* destacou o número de transplantes feitos em Portugal e as carências que aí se sentem, a colheita de órgãos, o número de dadores de medula óssea e de doentes à espera da doação de um rim. Abordagens diferentes, mesmo quando o assunto em notícia tinha por base a mesma tematização.

Apesar de se tratar aqui de um tópico delicado, são praticamente inexistentes textos que se debrucem em situações de alarme. Por outro lado, também não faz parte da agenda jornalística

qualquer abordagem centrada na prevenção, embora se trate de atos clínicos extremamente complexos. Os transplantes aparecem, assim, como uma fatalidade a que os atores políticos, os atores da saúde e os cidadãos têm de dar resposta enquanto decisores, curadores ou doadores de órgãos, ignorando-se aqui o papel ativo do cidadão comum para evitar doenças ou do doente para as combater.

Quadro 2 – Tematização dos acontecimentos noticiados (em número de artigos)

Tematização	Público	Jornal de Notícias	Expresso	Total
Investigação	1	0	0	1
Retratos	2	11	0	13
Situações de Alarme	0	1	0	1
Práticas	9	8	2	19
Negócios	3	0	0	3
Políticas	9	12	1	22
TOTAL	24	32	3	59

Quando se valoriza o “o quê” e se ignora o “porquê”

A maior parte dos textos são tratados em forma de notícia. A entrevista é praticamente inexistente e a reportagem surge numa percentagem de artigos muito reduzida (quadro 3). O meio que adota mais este género jornalístico é o *Jornal de Notícias*, fazendo-o a propósito de temáticas diferenciadas, como ilustra o quadro 4.

Quadro 3 – Géneros jornalísticos dos textos que abordam os transplantes (em número de artigos)

Género	Público	Jornal de Notícias	Expresso
Notícia	18	23	2
Reportagem	4	9	1
Entrevista	2	0	0

Quadro 4 – Tematização dos acontecimentos em forma de reportagem (em número de artigos)

Género	Público	Jornal de Notícias	Expresso
Notícia	1	4	0
Reportagem	2	2	1
Entrevista	1	3	0

Um traço de destaque nas reportagens que elegem os transplantes como mote é a procura de vivências daqueles que doam (ou procuram doar) e daqueles que recebem (ou estão à procura de receber) um órgão. A este nível, salientam-se, sobretudo, cidadãos comuns anónimos. As fontes oficiais e especializadas perdem todo o protagonismo que reúnem em artigos em forma de notícia.

Veio a psicóloga e perguntou a António Gonçalves se estava consciente dos riscos que ia correr. Se sabia que podia ficar na mesa de operações. Depois veio o médico, que juntou um cenário mais concreto: e se um dia for atropelado e perder o único rim com que vai ficar? E depois ainda vieram mais três médicas que o tentaram apanhar ‘em contradição’ para se certificarem que queria doar o rim de ‘livre vontade’. Anda há cerca de um ano a dizer que sim, que quer abdicar do seu rim para a mulher (Público, 7 de maio de 2011).

O 900º transplante de fígado aconteceu no fim-de-semana passado. Maria Olinda Gonçalves Rodrigues, de 62 anos, preparava-se para um sábado em família, em Espinho, quando recebeu uma chamada do Hospital Santo António. O órgão que aguardava, há cerca de três meses, estava disponível e a cirurgia de transplantação iria realizar-se dentro de poucas horas (Jornal de Notícias, 7 de fevereiro de 2011).

Transplantes: uma realidade noticiada à escala nacional

Os acontecimentos em notícia sobre transplantes têm hegemonicamente o seu palco em território nacional. Registam-se apenas dois textos que reportam factos ocorridos em território europeu (um no *Jornal de Notícias*, outro no *Expresso*) e quatro que cruzam a nossa realidade nacional com a internacional (três no *Jornal de Notícias*, um no *Público*). A este nível, regista-se uma situação excepcional: a visibilidade da Região Centro, resultante da erupção de uma noticiabilidade criada à volta de três factos:

- Do Centro Hospitalar de Coimbra, onde alegadamente algumas crianças com transplante hepático sofrem efeitos da troca de um imunossupressor de marca por um medicamento genérico;

- Da Unidade de Transplantação dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que reclamava autonomia por meio da voz de Linhares Furtado, um pioneiro nos transplantes em Portugal;
- Da recolha de sangue promovida pela Fundação de Aurélio Amaro Dinis de Oliveira do Hospital destinada a ajudar o filho do jogador Carlos Martins, doente com leucemia, um caso que mobilizou a atenção mediática devido ao envolvimento de jogadores da Seleção Portuguesa de Futebol.

Quadro 5 – Geografia dos acontecimentos nacionais em notícia

Âmbito	Público	Jornal de Notícias	Expresso	Total
Nacional/Global	13	9	1	23
Norte	2	6	0	8
Centro	4	6	0	10
Lisboa e Vale do Tejo	4	5	1	10

Fontes de informação: entre o discurso oficial e as queixas dos pacientes

Nos artigos que falam de transplantes, a maior parte das fontes é identificada. Não é um jornalismo que explore fontes anónimas que, ocultando uma identidade, passam informação conspiratória. O número de fontes não-identificadas que falam ligadas a uma instituição sem apresentar nome é residual.

Quadro 6 – Identificação das fontes de informação nos artigos noticiosos (número de fontes)

Fontes	Público	Jornal de Notícias	Expresso
Identificada	63	69	14
Não identificada	10	11	4
Fontes anónimas	0	0	0
TOTAL	73	80	18

Em termos de género, não há um desequilíbrio tão acentuado quanto aquele que se havia assinalado em análises anteriores de textos sobre a saúde (Lopes et al., 2011). É certo que continua a existir um predomínio de fontes masculinas em todos os jornais, mas nota-se uma maior visibilidade de interlocutoras mulheres nos diários. O semanário *Expresso* continua a declinar-se com a voz dos homens.

Quadro 7 – Sexo das fontes de informação nos artigos noticiosos (número de fontes)

Sexo	Público	Jornal de Notícias	Expresso
Masculino	29	37	11
Feminino	19	25	1
Não sei	2	3	0
Colectiva	7	6	5
Não pessoal	16	9	1
Outro	0	0	0

Tal como os acontecimentos são predominantemente nacionais, também as fontes citadas nos jornais seguem a mesma geografia. A esse nível, os jornalistas preferem ouvir pessoas que falem à escala do país. Exemplo: ministro da Saúde. Quando se procuram fontes ligadas a determinado local, há uma preferência por aquelas que estão situadas em Lisboa. *O Jornal de Notícias*, tendo a sua redação central no Porto, valoriza fontes que vivem na Região Norte. No caso dos transplantes, há aqui uma certa visibilidade de interlocutores da Região Centro, a qual não se encontra em textos de saúde que se debruçam noutra tematização. Isso deve-se ao facto de a noticiabilidade desse tópico ter integrado acontecimentos que tiveram como palco a cidade de Coimbra, o que, por arrastamento, levou os jornais a procurarem fontes ligados a esses factos.

Quadro 8 – Geografia das fontes de informação nos artigos noticiosos (número de fontes)

Região	Público	Jornal de Notícias	Expresso
América do Norte	0	1	0
Ásia e Oceânia	0	1	0
Europa	0	2	0
Nacional Global	44	22	6
Norte	4	18	0
Centro	5	5	1
Lisboa e Vale do Tejo	7	21	3
Alentejo	1	0	0
Algarve	0	1	0
Não sei	12	9	8
TOTAL DE FONTES	77	80	18

Dentro do campo da saúde, as fontes oficiais continuam a dominar o discurso jornalístico sobre saúde. Também no caso dos transplantes. A esse nível, os políticos (com cargos no governo, sobretudo) e os administradores e diretores de centro de saúde têm prioridade. Embora as citações não sejam excessivas, aqui e ali, encontra-se a voz de assessores oficiais (três no *Público*, um no *Jornal de Notícias*). No entanto, o grupo mais ouvido pelos jornalistas são as fontes especializadas institucionais, aquelas que falam em nome de um grupo. Dentro delas, os médicos e os pacientes organizados em associações são aqueles que têm prioridade no discurso jornalístico. Os outros inexistem. As fontes especializadas não-institucionais falam, sobretudo, pela voz dos médicos. Exceção para os enfermeiros, que são citados apenas no *Jornal de Notícias* por três vezes.

Fora do campo da saúde, os pacientes e os familiares dos pacientes que esperam ou já fizeram transplantes são os mais ouvidos. Essa percentagem resulta de reportagens assentes predominantemente no quotidiano dos doentes. Nos jornais diários, evidencia-se também uma frequência assinalável de citações de outros órgãos de comunicação social (*Público* e *Jornal de Notícias* citam-nos sete vezes cada um), como que a assinalar uma certa lógica circular de informação que, no que aos transplantes diz respeito, não é muito acentuada.

Quadro 9 – Estatuto das fontes de informação nos artigos noticiosos (número de fontes)

Área	Fontes de informação	Público	Jornal de Notícias	Expresso
Campo da Saúde	Oficiais	18	13	5
	Especializadas institucionais	19	20	2
	Especializadas não institucionais	3	7	2
	Documentos	7	4	1
Fora do campo da saúde	Oficiais	0	0	1
	Especializadas institucionais	1	0	0
	Especializadas não institucionais	1	1	0
	Media/sites noticiosos	7	7	0
	Documentos	2	0	0
	Pacientes/familiares	8	13	5
	Cidadão comum	0	11	0
	Outos	7	1	2
	Não identificável	0	3	0

Estes resultados são, aliás, consoantes com estudos anteriores (Ruão et al., 2011). As fontes oficiais e especializadas institucionais parecem ser dominantes na noticiabilidade em saúde, espelhando a sua crescente organização em matéria de assessoria de imprensa, assim como a dificuldade dos jornalistas em descodificarem a informação médico-científica. Isso tem proporcionado um poder às fontes oficiais em saúde, pouco comum noutras áreas. Estas destacam-se pela capacidade de influenciarem a agenda mediática, através da preparação de comunicados, conferências ou eventos que respondem às necessidades da produção informativa mediante a entrega de “pacotes de informação” previamente trabalhados. E também, na cobertura noticiosa sobre os transplantes, que analisamos, percebemos o papel organizador e tradutor das



assessorias de imprensa institucionais, ainda que as referências diretas ao seu trabalho sejam raras. Contudo, a presença frequente de políticos, administradores e diretores de centros de saúde nas páginas dos jornais analisados faz perceber quer a proatividade dessas fontes, quer a vulnerabilidade dos *media* ao tratamento da temática.

Ainda assim, e ao contrário de outros temas, na informação sobre os transplantes os pacientes e familiares foram a terceira fonte mais ouvida, trazendo para o espaço público a voz dos cidadãos e humanizando a problemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os *media* constituem importantes canais para a comunicação em saúde, enquanto produtores e veículos de mensagens sociais, científicas e técnicas com o potencial de dotar os cidadãos de conhecimentos que facilitam as suas tomadas de decisão. Diferentes estudos (apud Smith et al., 2009) mostram-nos que, cada vez mais, os *media* são entendidos como fontes de informação em matéria de saúde pelas populações; e que a exposição à informação mediática aumenta o nível de literacia em saúde das sociedades. No contexto da comunicação das doenças, os autores sugerem, igualmente, que a disseminação de informação atualizada, pertinente e correta, faz aumentar o *empowerment* dos cidadãos e tem consequências diretas nas taxas de sobrevivência. No entanto, os estudos revelam também que o excesso de informação nos *media*, a sua complexidade ou o seu pessimismo podem ser prejudiciais ou paralisadores da atuação pública (apud Smith et al., 2009).

No nosso estudo, ficou patente que as doenças são um assunto pouco central à noticiabilidade sobre saúde em Portugal. Dentro desse tópico, é dada particular relevância às doenças oncológicas (um tema que encontramos, igualmente, referido em estudos internacionais (Kreps, 2003; Lopes et al., 2012), tendo os transplantes sobressaído em 2011. Na procura de uma explicação para a atenção dada a esse tipo de intervenção cirúrgica, no tratamento de várias doenças, descobrimos os caminhos da sua noticiabilidade.

Surgindo nas páginas dos jornais como resultado de situações ocasionais (uma tomada de posição de uma fonte, uma reivindicação de um paciente, uma reorganização de serviços...), os transplantes são trabalhados, sobretudo, em formato de notícia e a partir de três temas: “práticas clínicas”, “políticas” e “retratos de situação”. Apesar da delicadeza do tópico, há, pois, pouco lugar para reportagens e os temas da prevenção ou situações de alarme são raros. Predominam as fontes oficiais e as fontes especializadas institucionais que falam à escala do país.

Não obstante o que nos diz a literatura, sobre o papel social dos *media* e dos jornalistas na comunicação para a saúde, constata-se que a construção noticiosa não é tão linear e organizada como



se esperaria. As opções temáticas e formas de tratamento obedecem a múltiplas limitações, profissionais e ambientais, que fazem da informação sobre saúde um mosaico de retalhos, fruto da ação de investigação jornalística, certamente, mas, sobretudo, de assessorias organizadas ou acontecimentos inesperados. A relevante noticiabilidade sobre os transplantes em Portugal, em 2011, não resultou de um reconhecimento da sua importância para a saúde pública – por parte dos *media* ou das instituições de saúde –, mas de eventos dominados pelas fontes oficiais/especializadas institucionais. Em termos de políticas de comunicação para a saúde em Portugal, isto parece-nos pouco e, em matéria de informação jornalística, a situação sugere que o campo precisa de se desenvolver, a serviço dos interesses e das necessidades das populações.

REFERÊNCIAS

BERRY, Dianne. *Health communication: theory and practice*. EUA: OZGraf, 2007.

BOURDIEU, Pierre. *Sobre a televisão*. Oeiras: Celta Editora, 1997.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade* p. 14-24, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>>. Acesso em 23 nov. 2011.

CHAPARRO, Manuel Carlos. *Linguagem dos conflitos*. Minerva: Coimbra, 2001.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS Carlos Machado (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

FREIMUTH, Vicky; QUINN, Sandra. The contributions of health communication to eliminating health disparities. *American Journal of Public Health*, n. 12. p. 2.053-2.055, 2004.

GANS, Herbert. *Deciding what's news: a study of CBS Evening News, NBC Nightly News, Newsweek and Time*. Evanston (IL): Northwestern University Press, 1979.

HALL, Stuart; CHRITCHER, Tony Jefferson; CLARKE, John; ROBERTS, Brian. A produção social das notícias: o mugging nos media. In: TRAQUINA, Nelson (Org.). *Jornalismo: questões, teorias e "estórias"*. Lisboa: Vega, 1993. p. 224-248.

HODGETTS, Darrin; CHAMBERLAIN, Kerry; SCAMMELL, Margaret; KARAPU, Rolinda; NIKORA, Linda. Constructing health news: possibilities for a civic-oriented journalism. *Health*, v. 1, n. 12, p. 43-66, 2008.

KREPS, Gary. The impact of communication on cancer risk, incidence, morbidity, mortality, and quality of life. *Health Communication*, n. 15, p. 163-171, 2003.

KREPS, Gary; BONAGURO, Ellen; QUERY, Jim. The history and development of the field of health communication. In: JACKSON Lorraine D.; DUFFY Bernard K. (Ed.). *Health communication research: guide to developments and directions*. Westport (CT): Greenwood Press, 1998. p.1-15.



KREPS, Gary; MAIBACH, Edward. The transdisciplinary science: the nexus between communication and public health. *Journal of Communication*, n. 58, p. 732-748, 2008.

LOPES, Felisbela; RUÃO, Teresa; MARINHO, Sandra; ARAÚJO, Rita. A saúde em notícia entre 2008 e 2010: retratos do que a imprensa portuguesa mostrou. *Comunicação e Sociedade*, número especial dedicado ao tema “Mediatização jornalística do campo da saúde”, Braga, Portugal, Ed. Húmus / Universidade do Minho, p. 129-170, 2012.

LOPES, Felisbela; RUÃO, Teresa; MARINHO, Sandra; ARAÚJO, Rita. Jornalismo de saúde e fontes de informação: uma análise dos jornais portugueses entre 2008 e 2010. *Derecho a Comunicar*, n. 2, p. 100-120, 2011.

MARTINS, Maria do Céu Antunes. A promoção da saúde: percursos e paradigma. Revista de saúde Amato Lusitano. Castelo Branco: *Hospital Amato Lusitano*, Centro de Formação Hospital Amato Lusitano, n. 22, p. 42-46, 4. trim. 2005. Disponível em: <<http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/93>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

McALLISTER, Matthew. Aids, medicalization and the news media. In: EDGAR, Timothy; FITZPATRICK, Mary Anne; FREIMUTH, Vicky. *Aids, a communication perspective*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum, 1992. p. 195-221.

McQUAIL, Dennis. *Teoria da comunicação de massas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

MENCHER, Melvin. *News reporting and writing*. 5. ed. Dubuque (IA): C. Brown Publishers, 1991.

MOLOTCH, Harvey; LESTER, Marilyn. News as purposive behaviour: on the strategic use routine events, accidents and scandals. *American Sociological Review*, n. 39, p. 101-112, 1974.

MOREIRA, Paulo. *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto, 2005.

PACHECO, Janaina. Comunicação em saúde: uma necessidade atual. 2005. Disponível em: <<http://www.comunicasaude.com.br/revista/02/artigos/artigo6.asp>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

RADLEY, Alan; CHEEK, Julianne; RITTER, Christian. The making of health: a reflection on the first years in the life of a journal. *Health*, n. 10, p. 389-400, 2006.

RENAUD, Lise; SOTELO, Carmen Rico de. Comunicación y salud: paradigmas convergentes. *Observatorio*, n. 2. p. 215-226, 2007.

RUÃO, Teresa; LOPES, Felisbela; MARINHO, Sandra; ARAÚJO, Rita. Media relations and health news coverage: the dialogue on influenza A in Portugal. In: ECREA ORGANIZATIONAL AND STRATEGIC COMMUNICATION WORKSHOP, Universidade da Beira Interior, 5 a 6 de maio de 2011. *Atas...* Beira Interior: European Communication Research and Education Association, 2011.

SCHIAVO, Renata. *Health communication: from theory to practice*. EUA: John Wiley & Sons, 2007.

SERRANO, Estrela. *Jornalismo e elites do poder*. In: CONGRESSO DA SOPCOM, I, Lisboa, 22 a 24 de março de 1999. *Atas...* Lisboa, Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação, 1999.



SIGAL, Leon. *Reporters and officials: the organization and politics of newsmaking*. Lexington (MA): D.C. Heath, 1973.

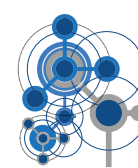
SMITH, Katherine Clegg; SINGER, Rachel Friedman; KROMM, Elizabeth. Getting cancer research into the news: a communication case study centered on one U. S. comprehensive cancer center. *Science Communication*, n. 32, p. 202-231, 2009.

THOMAS, Richard. *Health communication*. EUA: Springer Science / Business Media, 2006.

TAKAHASHI, Bruno. Framing and sources: a study of mass media coverage of climate change in Peru during the V Alc-UE. *Public Understanding of Science*, v. 4, n. 20, 2010.

ZOLLER, Heather; DUTTA, Mohan. *Emerging perspectives in health communication: meaning, culture, and power*. New York: Routledge, 2008.

Recebido em: 05.03.2012 / Aceito em: 19.04.2012





A percepção visual de deficientes auditivos quanto às técnicas utilizadas em campanhas publicitárias

The visual perception of the hearing handicapped as to the techniques used in advertising campaigns

La percepción visual de deficientes auditivos en cuanto a las técnicas utilizadas en campañas publicitarias

Djalma José Patricio¹

- Doutor em Letras-Filosofia pela Università La Sapienza, Roma
- Especialização em Fotografia e Praxes de Discursos pela Universidade Estadual de Londrina (UEL)
- Especialização em Arte e Indústria Gráfica pelo Istituto Statale D'Arte, de Urbino, Itália
- Graduação em jornalismo pela Università San Tommaso d'Aquino (Angelicum), Roma
- Professor do Curso de Comunicação Social da Universidade Regional de Blumenau (Furb)
- Pesquisador nas áreas de antropologia visual, atividades lúdicas, fotografia e novas tecnologias
- E-mail: djalma@furb.br

¹ Este trabalho, quanto à pesquisa de campo, contou com a colaboração de Greice D. Correia, graduanda em Comunicação Social na Universidade Regional de Blumenau (Furb). A pesquisa teve a orientação do Prof. Dr. Djalma J. Patrício e foi acompanhada pela diretora do Centro de Ensino para Jovens e Adultos de Blumenau (Ceja), Laisa Barthel.



Resumo

Averiguar os aspectos da percepção visual de deficientes auditivos quanto às técnicas utilizadas em campanhas publicitárias foi o principal objetivo deste trabalho. Para tanto, os participantes da pesquisa foram divididos em duas turmas de estudantes do Centro de Educação para Jovens e Adultos (Ceja), de Blumenau (SC): uma de deficientes auditivos; e outra de pessoas que ouvem. A cada turma foram mostradas campanhas publicitárias para avaliar os aspectos da percepção visual no que se refere à construção de sentidos e significados para a compreensão da mensagem. Os resultados da pesquisa indicam que os deficientes auditivos são consumidores que necessitam de estímulos adequados que forneçam o reforço positivo para facilitar a comunicação entre si e com os “ouvintes”, mas também para prover estímulos que despertem o comportamento de compra.

PALAVRAS-CHAVE: PERCEPÇÃO VISUAL • DEFICIENTES AUDITIVOS • CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS

Abstract

Investigate aspects of visual perception in hearing impaired and techniques used in advertising was the main objective of this work. To this end, participants were divided into two groups – one of hearing impaired, the other of “listeners” – with students of the Center for Youth and Adult Education (Ceja), of Blumenau (SC). To each group some advertisements were shown to each group to evaluate the aspects of visual perception as regards the construction of meanings for the understanding of the message. The survey results indicate that consumers who are hearing impaired need appropriate incentives to provide positive reinforcement to facilitate communication among themselves and with the “listeners”, but also to provide the stimulus needed to arouse the buying behavior.

KEYWORDS: VISUAL PERCEPTION • HEARING IMPAIRED • ADVERTISING CAMPAIGNS

Resumen

Conocer los aspectos de percepción visual de deficientes auditivos en cuanto a las técnicas utilizadas en campañas publicitarias fue el principal objetivo de este trabajo. En ese sentido, los participantes de la investigación fueron divididos en dos grupos de estudiantes del Centro de Educación para Jóvenes y Adultos (Ceja), de Blumenau (SC): un de deficientes auditivos; y otro de personas que oyen. A cada grupo les fueron presentadas campañas publicitarias para evaluar los aspectos de percepción visual en lo que se refiere a la construcción de sentidos y significados para la comprensión del mensaje. Los resultados de la investigación indican que los deficientes auditivos son consumidores que necesitan de estímulos adecuados que les ofrezcan un refuerzo positivo para facilitar la comunicación entre si y con los “oyentes”, pero también para producir estímulos que despierten el comportamiento de compra.

PALAVRAS CLAVE: PERCEPCIÓN VISUAL • DEFICIENTES AUDITIVOS • CAMPAÑAS PUBLICITARIAS

A percepção visual dos deficientes auditivos é diferente da dos que ouvem? Técnicas gráficas, cores, tipologia, diagramação e outros aspectos relativos à percepção presentes nas campanhas publicitárias deveriam ser mais direcionadas? O objetivo deste trabalho é comparar as sensações causadas, pelas técnicas utilizadas nas campanhas publicitárias impressas, entre indivíduos ouvintes e indivíduos com deficiência auditiva. O estudo busca identificar como as campanhas se comunicam visualmente com os seus leitores/espectadores e, quanto aos deficientes auditivos, verificar se as empresas marcaram ou não o perfil desse público. Ao analisar a percepção dos deficientes auditivos em relação às técnicas gráficas utilizadas, é possível ter uma ideia sobre se as campanhas atingem ou não seu objetivo da mesma forma que entre o público ouvinte. Neste estudo busca-se traçar o perfil visual dos deficientes auditivos, com o intuito de incluí-los socialmente no mundo da propaganda, bem como conhecer os aspectos e fundamentos da comunicação visual, visando verificar qual a influência dessa comunicação com os indivíduos com surdez.

Os dados estatísticos mais atualizados sobre o panorama da surdez e da deficiência auditiva no Brasil vêm do censo demográfico de 2000, haja vista que o censo de 2010 não atualizou a contagem. Os dados oficiais diziam que 24,6 milhões de brasileiros (14,5%) apresentam algum tipo de deficiência (quadro 1):

Quadro 1 – População residente por tipo de deficiência, no Brasil – 2000)

Tipo de deficiência	População residente
Mental	2.844.937
Física	1.416.060
Visual	16.644.842
Auditiva	5.735.099
Motora	7.939.784

Fonte: IBGE – Censo demográfico de 2000.

Observação: Algumas pessoas declararam possuir mais de um tipo de deficiência. Por isso, quando somadas as ocorrências de deficiências, o número é maior do que 24,6 milhões, que representam o número de pessoas, não de ocorrências de deficiência.

A prevalência de deficiências auditivas em seus diversos graus – leve, moderada, severa e profunda – afeta 10% da população mundial. Nas áreas mais ricas e desenvolvidas do Planeta, a relação é de uma pessoa com deficiência auditiva para cada mil habitantes enquanto nas áreas menos desenvolvidas e menos favorecidas economicamente essa relação pode chegar a quatro pessoas com deficiência auditiva para cada mil habitantes (Glat, 2007).



Diariamente, essas pessoas estão inseridas no mesmo contexto de sons, imagens, texturas, cores, formas, percepções e outros elementos que compõem as campanhas publicitárias e fazem parte do público-alvo. Compreender o entendimento visual dos deficientes auditivos pode ser uma porta para criar novas técnicas, redigir de uma nova maneira, usar símbolos, cores, enfim, pensar toda a parte gráfica de uma maneira que todos os indivíduos, ouvintes ou não, possam ser alcançados por meio da comunicação visual. Numa sociedade global que se propõe ser inclusiva, os resultados deste estudo podem contribuir para novas oportunidades de inclusão social.

Analisar se a leitura dos deficientes auditivos é a mesma que a do ouvinte, quais as sensações provocadas pelas cores, se com a deficiência auditiva isso pode ou não ser alterado e se a disposição de símbolos causa ou não a mesma reação no ouvinte – é uma forma de conhecer melhor essas características, identificando as necessidades de adaptações às campanhas publicitárias.

É consenso e essência do discurso de inclusão social que nenhum tipo de deficiência impeça o indivíduo de ter uma vida igual à de todos, com acesso às mesmas oportunidades. E isso diz respeito, também, às campanhas publicitárias e ao direito de acesso a informação, à formação de opinião e às oportunidades como consumidor. Afinal, independentemente do tipo de deficiência, se auditiva ou visual, trata-se de consumidores como os demais. Se o objetivo da publicidade e propaganda é reunir os estímulos necessários para incentivar o comportamento de compra e consumo nas pessoas, conhecer as características dos consumidores deficientes auditivos, as suas necessidades e traçar as estratégias adequadas pode ser uma nova maneira de fazer o seu trabalho com inclusão social.

Do total de 24,6 milhões de pessoas com deficiências no Brasil, 48,1% são portadoras de deficiência visual; 22,9%, de deficiência motora; 16,7% de deficiência auditiva; 8,3% de deficiência mental; e 4,1% de deficiência física. Considerando que os deficientes auditivos representam 16,7% dessa população, trata-se de uma fatia considerável de consumidores a ser incluída para ter suas necessidades, expectativas e desejos de compra satisfeitos.

O estudo desse tema, ao mesmo tempo, representa uma contribuição pelo fato de haver informações sobre o impacto das campanhas publicitárias em deficientes auditivos ou sobre o modo como eles percebem a mensagem das peças publicitárias, possibilitando adquirir mais dados e referências que tratam do assunto, ampliando o foco de análise.

Esta pesquisa, procurando estabelecer uma ligação entre a psicologia, a medicina e a comunicação, propiciará aos publicitários criarem ou testarem novas estratégias gráficas e métodos de fazer propaganda, em função de públicos-alvos específicos. Ela tem como objetivo mostrar como se podem atingir os consumidores deficientes auditivos, conhecendo os estímulos específicos para estimular o seu comportamento de compra. Ou seja, buscas alternativas e possibilidades para vender para um público até o momento desconhecido; trazer o conhecimento das carac-



terísticas deste público, incluir um público-alvo que, suspeita-se, a publicidade e a propaganda ainda não tenham atingido como poderiam. Ao estudar as formas adequadas de se fazer propaganda para os deficientes auditivos é, também, criar oportunidades de inclusão social.

Aonde quer que se vá, a mídia impressa está presente, as técnicas gráficas são aplicadas a tudo que as pessoas veem e vivem no seu dia a dia. Seja no leiaute do supermercado, no *outdoor*, nas revistas, nas salas de espera, enfim, na rotina diária de cada indivíduo está presente a comunicação visual que tem como objetivo vender, transmitir sensações e aproximar-se do consumidor.

Um dos problemas a ser investigado com este estudo é se essas e outras técnicas gráficas utilizadas nas campanhas atingem a todos ou não, haja vista que os deficientes auditivos têm características sensoriais específicas. Na falta da linguagem oral, a comunicação é visual, por signos, prestando-se atenção aos detalhes, à expressão facial das pessoas, às cores, às formas, dentre outras características da comunicação, da publicidade e da propaganda. Uma campanha ou peça publicitária terá impacto diferenciado em indivíduos que veem e ouvem, compreendendo, pela linguagem, a mensagem como se espera que ela os impacte. Já no caso dos deficientes auditivos, especialmente os deficientes auditivos sem qualquer resíduo auditivo, a forma como recebem e percebem a mensagem é específica, pois a capacidade e a percepção auditiva não é a mesma de um ouvinte e os estímulos da propaganda podem ser incompletos. Neste caso, o foco do deficiente auditivo estará além da fala, da música, dos sons, detalhes estes que podem passar despercebidos a um profissional de publicidade e propaganda.

Ante o exposto, comparar o modo como os indivíduos ouvintes e aqueles com surdez percebem a mensagem da propaganda é uma forma de compreender se as sensações causadas por uma campanha impressa são as mesmas, se existe alguma diferença na percepção visual e quais são essas diferenças. Conhecendo estes aspectos, podem-se elaborar campanhas estratégicas para um público consumidor que até então não vinha sendo atendido em suas necessidades de comunicação e de estímulo ao comportamento de compra.

METODOLOGIA

O método adotado para este estudo foi a pesquisa exploratória para a captação de dados teóricos bibliográficos de fundamentação da análise. Também foi utilizada a pesquisa de campo, comparando a percepção visual dos deficientes auditivos e dos indivíduos que ouvem.

A pesquisa de campo foi realizada entre outubro e novembro de 2011, no Centro de Ensino para Jovens e Adultos de Blumenau (Ceja), com autorização escrita solicitada pela Universidade Regional de Blumenau (Furb), por meio da coordenadora do curso de Comunicação Social, Cynthia Morgana Boos de Quadros, e acompanhamento do trabalho com os alunos do centro pela diretora do Ceja,



Laisa Barthel. A unidade do Ceja de Blumenau possui turmas para alunos especiais (específico para alunos deficientes auditivos), oferece cursos do ensino fundamental e do ensino médio.

Os participantes da pesquisa foram divididos em duas turmas: a primeira, formada por seis deficientes auditivos de graus leve a severo, com idade entre 17 e 46 anos; a segunda, sete mulheres, todas “ouvintes”, com idade entre 38 e 52 anos. Aos participantes das duas turmas foram apresentadas três peças de campanhas publicitárias: uma de antitabagismo, uma de leite e outra de um achocolatado. Em cada um dos grupos foram observados e registrados aspectos específicos da percepção em relação a imagem, formas e cores, buscando-se ver em que medida esses elementos contribuíram para a formação de sentidos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A linguagem

Mais do que uma questão conceitual semântica, os termos específicos como linguagem, língua, fala e signos linguísticos precisam ser bem compreendidos para se entender a comunicação entre deficientes auditivos e ouvintes. Ao interpretar os fundamentos de Ferdinand de Saussure, Márcia Goldfeld (2002) explica que a linguagem é formada pela língua e pela fala. A língua é considerada o aspecto social da linguagem, uma vez que é compartilhada por todos os falantes de uma comunidade linguística. “A língua é tida como um sistema de regras abstratas composto por elementos significativos inter-relacionados. Este sistema é autossuficiente, é um todo em si e seus elementos devem ser estudados por suas oposições” (Goldfeld, 2002, p. 17). A fala, por sua vez, é o aspecto individual da linguagem, estando diretamente relacionada às características pessoais que os falantes imprimem na sua linguagem.

A linguagem é entendida como produto social e objeto de conhecimento a ser adquirido pelo sujeito. No campo da psicologia, sobressai o entendimento da linguagem como externa ao sujeito, do ponto de vista histórico-social, pelo qual a linguagem é concebida como um comportamento humano que se aprende por observação, imitação e aproximações sucessivas de respostas até a aprendizagem da língua materna (Silvestre, 2007).

Devido a seu componente histórico-cultural, Noam Chomsky (1981) defende o inatismo da linguagem. Ao nascer, a criança traria consigo a gramática universal, entendida como o conjunto dos elementos formais mínimos para a aquisição de qualquer língua, chamado por esse teórico de competência linguística. Na relação da criança com os falantes de sua língua os elementos básicos da competência linguística, ou seja, o modo como cada sujeito produz seu discurso, seriam ativados pela interação da criança com os falantes da sua comunidade linguística. Daí a influência cultural da língua, no que se refere a hábitos, costumes, simbologias, significados e práticas.



No entanto, para Silvestre (2007), embora ele concorde que a linguagem se organiza como um sistema aberto em torno de um conjunto de regras gramaticais próprias que a criança vai aprendendo na comunidade linguística à qual pertence, isto é apenas uma das faces da linguagem e não a única. Diz, a propósito disso, Valéria Arantes (2007, p. 23-24):

Quando nascemos, fazemos parte de um universo onde a linguagem já existe – um mundo marcado por signos, falas, sinais, gestos e significantes das mais distintas naturezas. Temos lugares enunciativos já distribuídos, regras e modos já dados de funcionamento discursivo. Há uma captura do sujeito pela e na linguagem, possível por um jogo de presença e de ausência a partir de uma falta jamais preenchida.

Um conceito clássico de linguagem é aquele proposto por Lev S. Vygotsky (1988), no qual a sua função é muito mais profunda e está associada aos aspectos socioculturais do desenvolvimento humano. Ou seja, mais do que uma forma de comunicação entre as pessoas, a linguagem também é uma função reguladora do pensamento humano; linguagem é tudo que envolve significação, que tem um valor semiótico e não se restringe apenas a uma forma de comunicação.

Para Vygotsky (1988), o conceito de fala se refere à linguagem em ação, à produção linguística do falante. A linguagem se classifica em três tipos: social, egocêntrica e interior. A fala social é aquela predominante na sociedade; a fala egocêntrica se refere aos balbucios da criança na tentativa de interpretar, imitar e aprender a fala social. A fala interior tem relação íntima e direta com o diálogo interior, com o pensamento do indivíduo. Uma vez que é pela linguagem que se constitui o pensamento, segundo os pressupostos de Vygotsky (1988), ela está sempre presente no sujeito, mesmo nos momentos em que ele não está se comunicando com as outras pessoas.

Já signo linguístico foi definido por Saussure (2002) como o significado, que é o conceito, e o significante, que é a imagem acústica, a interpretação sonora do signo. O signo é considerado imutável para esse teórico, com a justificativa de que a língua é imposta aos membros de uma comunidade sem que eles possam modificá-la individualmente. Outra justificativa para a imutabilidade dos signos é que se trata de um sistema muito complexo em que são necessários diversos signos para compor uma língua. No entanto, esse entendimento não é o mesmo de Vygotsky (1988), que não concorda com a imutabilidade do signo, de modo que a relação entre significado e significante não é estável, estática; o signo se torna diferente no decorrer do desenvolvimento do indivíduo. Isso porque o seu entendimento é que a aquisição da linguagem não termina quando a criança aprende a falar e domina as suas estruturas linguísticas, já que os significados não são estáticos e continuam evoluindo.

Além disso, Vygotsky (1988) introduz a noção de sentido ao signo, o que é considerado um aspecto particular, pois é formado com base nas relações interpessoais, de modo que o sentido atribuído aos signos vai depender da história de vida da pessoa, de suas experiências e do con-



texto no qual o diálogo ocorre. Assim, o sentido vai sendo construído ao longo das interações e da compreensão do indivíduo e sempre vai sendo modificado.

No que se refere às características específicas do deficiente auditivo, os termos em relação à linguagem e a outros elementos linguísticos podem ser parecidos quando se referem aos ouvintes, mas no caso da surdez a conotação é bastante específica. Por exemplo, o termo sinal, utilizado para se opor ao signo, na surdez se refere ao item lexical da língua de sinais e corresponde ao signo lingístico da mesma forma que as palavras na Língua Portuguesa. O termo fala também é bastante específico na surdez, segundo Goldfeld (2002, p. 24):

O termo fala – que na área da surdez é comumente designado para esignar a enunciação produzida pelo sistema fonador – não pode ser confundido com o conceito de fala para Vygotsky. Assim, sempre que me referir ao primeiro conceito de fala utilizarei o termo oralização, que deve ser entendido em oposição à sinalização, que é a fala (no sentido de Vygotsky) produzida pelas mãos.

Nesse sentido, Goldfeld (2002) esclarece alguns conceitos específicos em relação à linguagem, diferenciando-os dos conceitos de outros teóricos, para que se possam compreender melhor a aquisição da linguagem e os processos de comunicação com deficientes auditivos. Por exemplo, a língua, que para Saussure (2002) é um sistema de regras abstratas composto por elementos significativos inter-relacionados, em Mikhail Bakhtin (2005) é analisada como um sistema semiótico criado e produzido no contexto social e dialógico, servindo de elo de ligação entre o psiquismo e a ideologia.

A linguagem é concebida por Goldfeld (2002) como códigos que envolvem a significação, não necessariamente, abrangendo uma língua. Já para Vygotsky (1988), a linguagem é formadora do pensamento, estabelecendo uma relação simbiótica linguagem-pensamento-linguagem. A fala, nessa perspectiva, é concebida como produção da linguagem pelo falante nos momentos de diálogo social e interior, podendo utilizar tanto o canal audiofonatório (no caso dos ouvintes), quanto o espaço vísuomanual (no caso dos deficientes auditivos).

A oralização é a utilização do sistema fonador para expressar palavras e frases da língua, independentemente das regras gramaticais que a constituem; a sinalização é a fala do indivíduo com surdez, produzida pelo canal vísuomanual, sendo o sinal o elemento léxico da língua de sinais e o signo, o elemento da língua, marcado pela história e cultura dos falantes. Por sua vez, os signos são carregados de sentidos que vão sendo construídos e mudam no momento das interações, dependendo do contexto e dos falantes que o utilizam.

Mediação para a construção de sentidos

O ser humano se constrói a partir de suas interações com o outro. Das experiências pelas quais se desenvolve, aprende e constrói novos conhecimentos. Esse fundamento da teoria sociointe-



racionista encontra suporte na teoria de Bakhtin (2005), segundo a qual o mundo não chega à consciência sem mediação. A mediação da construção dos sentidos, para Bakhtin, se dá pela associação do plano sensível e do plano inteligível, constitutivamente necessários, gerando a unidade de sentido da apreensão do mundo e evitando a dissociação entre conteúdo e processo.

A teoria sociointeracionista está focada no processo de desenvolvimento humano e se consolidou como um dos pilares dos processos de ensino e de aprendizagem; sustenta a ideia de um sujeito interativo, que se inter-relaciona pela linguagem e elabora seus conhecimentos pela mediação com o outro por meio de signos e ferramentas. Os signos são meios pelos quais se desenvolvem as funções psicológicas superiores, como a atenção voluntária, a memória lógica, a formação de conceitos e outros elementos que transformam o funcionamento mental na realização de tarefas mais complexas sobre os objetos.

Os signos são internalizados e compartilhados pelo grupo social, aprimorando as interações e a comunicação entre os sujeitos pelo pensamento e pela linguagem, ao passo que as ferramentas se referem aos instrumentos necessários para a mediação. Bakhtin complementa o raciocínio acerca da mediação a partir desses pressupostos, ao afirmar que “o mundo não chega à consciência sem mediação” (Sobral, 2005, p. 23). Para que a mediação aconteça, segundo os fundamentos do Círculo de Bakhtin², é necessário que as ferramentas utilizadas para sensibilizar o sujeito para a construção de sentidos se deem no plano do sensível e do inteligível.

O sensível é o plano de apreensão intuitiva do mundo, sem elaboração teórica, o plano do dado, das impressões totais (ou globais). O inteligível é o plano da elaboração do aprendido. Enquanto o sensível privilegia o processo de percepção e de ação como criador de impressões, o inteligível privilegia a transformação (Sobral, 2005, p. 23).

Em outras palavras, para que a mediação alcance os objetivos que se propõe, é necessário que o sujeito seja tocado na esfera do sensível, as impressões e leituras que tem do que acontece à sua volta e, no plano do inteligível, que faça uso daquilo que aprendeu e sabe para orientar as suas ações e construir a unidade de sentido da apreensão do mundo, de seus atos e de sua responsabilidade.

Sendo assim, em consonância com o objetivo desta pesquisa, o impacto de imagens, formas, elementos e cores em cada um dos grupos pesquisados (ouvintes e deficientes auditivos) para a construção de sentidos, se dá na esfera do sensível, ao passo que o impacto que elas causam em cada um aciona a esfera do inteligível, em relação à compreensão da mensagem. Dessa forma, se dá a mediação.

² Segundo Carlos Alberto de Faraco (2012), o chamado Círculo de Bakhtin era um grupo de intelectuais russos que se reuniu regularmente de 1919 a 1929, partilhando um conjunto expressivo de ideias. Destacavam-se nesse grupo Mikhail Bakhtin, Valentin Voloshinov e Pavel Medvedev, que eram unidos por fortes laços de amizade. Essa denominação lhes foi atribuída posteriormente, pelos estudiosos de seus trabalhos, pois o próprio grupo não a usava. A obra de Faraco, *Linguagem & diálogo: as ideias linguísticas do Círculo de Bakhtin* (2009) é “uma visão de conjunto da reflexão bakhtiniana”, auxiliando a “mergulhar na filosofia da linguagem do Círculo de Bakhtin”.



Seguindo a lógica do conceito do Círculo de Bakhtin, toda mediação só surtirá os efeitos desejados quando se der na esfera do sensível e do inteligível, o que leva ao entendimento de que a mediação feita pelas propagandas que focam o apelo somente no inteligível seriam incompletas. Ou, no mínimo, não atingiriam completamente seus objetivos, pois entende-se que o objetivo das campanhas publicitárias deveria ser uma consequência da construção dos sentidos. Daí a importância de as campanhas publicitárias focarem também o aspecto sensível.

São atos para Bakhtin tanto as ações físicas quanto as de ordem mental, emotiva, estética (produção e recepção), todas elas tomadas em termos concretos e não somente cognitivos ou psicológicos. (...) Temos a responsabilidade concreta do sujeito como elemento intrínseco de todo ato: cabe ao sujeito responder e responsabilizar-se por seu ato-resposta situado, sempre em processo (Sobral, 2005, p. 28).

Na linha proposta por esta pesquisa, sobre a construção de sentidos, um conceito fundamental é o de significado, que torna significativa a compreensão da mensagem. Está relacionado ao processo de desenvolvimento simbólico individual, no qual as interações entre eu-outro tem um papel construtivo principal. “O significado é a emergência da novidade no processo afetivo-cognitivo de codificação e decodificação de mensagens.” (Simão, 2004, p. 15).

Assim, para que a construção de significados ocorra, é necessário que o indivíduo tenha uma visão clara do mundo à sua volta, esteja envolvido com a tarefa que realiza, que seja crítico e que essa tarefa seja intencional e importante para ele. Significar, nessa perspectiva, “está intimamente relacionado a fazer distinções, que passam a ser exigidas por experiências que, quando inseridas no campo semântico que o ator já vem desenvolvendo, se apresentam como inquietantes, instigantes” (Simão, 2004, p. 16).

Assim, determinada coisa, situação, ideia ou aprendizagem só passa a fazer sentido para o indivíduo quando ele compreende o seu significado. Se tal coisa ou tal ato é significativo, tem importância, daí passa a fazer sentido. Por exemplo, numa situação ligada a assistir a imagens, se o conteúdo destas é significativo para o sujeito, passam a fazer sentido. Com base em sua subjetividade, naquilo que pensa e acredita em relação ao que vê, o indivíduo parte das percepções que tem sobre o assunto e, diante da mensagem e do impacto das imagens, passa a fazer distinções. Neste ponto, Álvaro P. Duran (2004, p. 24) afirma que o modo como se fazem as distinções é, necessariamente, individual, portanto, subjetivo: “Cada um só pode fazê-las a partir do modo como está constituído”. Ou seja, só se faz uma distinção partindo da percepção que se tem como referência sobre determinado assunto.

Nessa medida, em analogia a Simão (2004), o significado de qualquer acontecimento só é construído para o indivíduo, seja para o eu ou para o outro, quando ele consegue compreender e relacionar o acontecimento em si e o que era esperado ou desejado e como ele gostaria que fosse.



Na perspectiva de compreensão do significado de construção para o indivíduo, Duran (2004) afirma que a construção de significados é individual. Ela parte do indivíduo, de sua subjetividade, para que esse significado passe a fazer sentido e ele modifique suas ações e seus comportamentos na vida em sociedade. Neste caso, o significado de construção se dá como um processo dialético entre o experimentar uma situação e explicá-la, entre o sentir e o compreender.

O homem é um ser construtivo e essa construção se dá na busca de significado para suas experiências que, de outra forma, permaneceriam desarticuladas. Compor essas experiências numa narrativa coesa, significativa de si, do outro e do mundo, dá ao humano não só uma possibilidade de compreensão da vida, mas a própria possibilidade de viver como humano (Duran, 2004, p. 33).

O diálogo interior do indivíduo com a situação e com o outro que está envolvido nessa situação é que faz com que ele forme sua opinião, aprove, reprove ou pense criticamente sobre o assunto. Assim, por meio do diálogo interior, o indivíduo tem a possibilidade, também, de colocar-se no lugar do outro, praticando a empatia, o que lhe dá condições de refletir, construindo novos significados.

Surdez

No senso comum, há uma tendência a confundir surdez e deficiência auditiva, quando uma coisa não é a mesma que a outra. Surdez é um termo utilizado para definir as pessoas com deficiência auditiva, por sua vez, caracterizada como a diminuição da capacidade de percepção dos sons. Nessa perspectiva, o deficiente auditivo é o indivíduo cuja audição não é funcional na vida comum; o indivíduo com surdez parcial é aquele cuja audição, ainda que deficiente, é funcional com ou sem prótese auditiva (Glat, 2007).

Uma peculiaridade da surdez é que não se trata de uma doença genética. O que pode haver é uma potencialização da possibilidade de a surdez ocorrer numa família em que há outros deficientes auditivos, mas não necessariamente, pois, na maioria dos casos, pais com surdez tem filhos ouvintes (Goldfeld, 2002).

Conforme Paulo Zuben (2004), o ouvido humano tem a capacidade de perceber frequências na faixa de 20 a 20.000 Hz (hertz), sendo mais sensível às frequências da chamada faixa média, de aproximadamente 1.000 Hz, do que às das faixas graves e agudas. “É nessa região central que se encontra a maior diferença entre o som mais forte que podemos ouvir (limiar de sensibilidade ou de dor) e o som mais fraco (limiar de audição)” (Zuben, 2004, p. 18).

O som é definido como a impressão fisiológica causada por uma onda mecânica quando ela atinge o ouvido humano na faixa de frequência captável. A frequência é definida como o número de vibrações realizadas por um corpo no intervalo de um segundo e sua unidade de medida é o hertz (Hz). Já a intensidade do som é medida em decibéis (dB), numa escala de 0 dB a 150 dB (Zuben 2004).



A unidade de medição chamada de watt acústico é usada para determinar o valor da potência de um som, ou seja, a sua energia acústica. Assim, numa escala de valores numéricos, o limiar de sensibilidade do ouvido humano equivale a um watt acústico de potência. Como a diferença numérica entre os valores máximo e mínimo é de 1 trilhão, o decibel (dB) é utilizado na medição da intensidade do som, pois significa a décima parte da unidade de referência bel.

Dessa forma, os níveis mínimo e máximo de energia acústica ou pressão sonora que o ouvido humano é capaz de perceber vai de uma escala de 0 dB (limiar de audição) até 120 dB (limiar de sensibilidade), com ocorrência de dor. “Se a pessoa tiver uma redução de 25 dB de volume, poderá ter problemas de audição, e a perda de 95 dB pode ensurdecer totalmente o indivíduo” (Glat, 2007, p. 99). “Num diálogo convencional a intensidade sonora é de aproximadamente 50 dB. Os níveis de ruídos toleráveis devem ter intensidade de até 70 dB, sendo que de 90 dB a 140 dB há um alto risco para a acuidade auditiva” (Torres et al., 2007, p. 152).

Conforme Branca O. Torres et al. (2007), existe diferença sensível entre o som e o ruído. Acima de 75 dB o ruído causa desconforto acústico nas pessoas e quando passa dos 80 dB os indivíduos mais sensíveis podem sofrer perda auditiva, generalizada quando o ruído ultrapassa os 85 dB. A classificação dos graus de surdez corresponde às orientações do Bureau International d’Audiophonologie (Biap), que define quatro níveis de surdez: *leve*, *moderada*, *severa* e *profunda*.

A *surdez leve* ocorre nos casos de perda auditiva de até 40 dB. Nestes casos, a pessoa não ouve o tique-taque do relógio, mas é capaz de ouvir um sussurro. É um tipo de perda auditiva que impede o indivíduo de perceber igualmente todos os fonemas das palavras, o que faz com que solicite com frequência que o interlocutor repita palavras ou frases inteiras. No entanto, é um tipo de perda auditiva que não impede a aquisição da linguagem oral, embora possa causar problemas articulatórios na leitura ou na escrita (Glat, 2007).

A *surdez moderada* é caracterizada pelas perdas auditivas de 40 dB até 70 dB, situações em que a pessoa só consegue escutar os sons mais altos, tais como os de uma sala de aula ou de uma reunião; é comum ela ter dificuldades para falar ao telefone. O limite de 40 dB a 60 dB se encontra no nível de percepção da palavra, sendo necessária uma voz de certa intensidade para que seja convenientemente percebida; é frequente o atraso da linguagem e das alterações articulatórias, havendo em alguns casos os problemas lingüísticos significativos.

A *surdez severa* corresponde às perdas auditivas entre 70 dB e 90 dB, o que significa que, para ouvir, a pessoa necessita de um som tão alto quanto o barulho de uma impressora rotativa de jornais, que pode chegar a 80 dB. Esse é um tipo de perda que, se for congênita, pode fazer com que o indivíduo chegue aos quatro ou cinco anos sem falar. A compreensão verbal vai depender, em grande parte, de sua aptidão para utilizar a percepção visual e para observar o contexto das situações.



A *surdez profunda* caracteriza as perdas auditivas superiores a 90 dB, um tipo de perda em que a pessoa só ouve ruídos provocados por uma turbina de avião, um tiro de revólver ou de canhão. A gravidade desse tipo de perda auditiva é tamanha que, caso o indivíduo não tenha os suportes necessários, ficará privado de perceber e identificar a voz humana e, conseqüentemente, impedido de adquirir a linguagem oral.

Aquisição da linguagem

Segundo Silvestre (2007), a surdez, especialmente a congênita, tem papel importante no desenvolvimento da linguagem e na construção da identidade das pessoas surdas. Ela afeta a sua integração na comunidade dos ouvintes. Isto porque a aquisição da linguagem oral só é possível, em tese, quando existe a audição na criança: ouvindo, ela ativa as suas competências linguísticas e aprende os códigos de linguagem de sua comunidade ou seu grupo social. Mas, se a criança é surda, conseqüentemente ela não ouve e não aprende a falar. No entanto, o déficit biológico não é a única dificuldade da surdez, incluindo-se, também, o *handicap* social.

No que se refere à aquisição da linguagem pelos deficientes auditivos e à construção de sentidos, aspectos requisitados na fase de alfabetização, Marlene C. Danesi (2007) explica que as dificuldades maiores estão nos aspectos semânticos e sintáticos da linguagem. Isso principalmente na escrita, prejudicada em toda a amplitude de suas significativamente com os materiais escritos e que contam os adultos para narrar histórias e conversar com elas sobre a mensagem. As crianças surdas não contam com esse apoio diferencial para a aquisição da linguagem e construção de sentidos.

Danesi (2007, p. 42) afirma que introduzir os signos escritos auxilia os sistemas de representação do sujeito com surdez, pois as imagens mentais são formadas através dos símbolos e dos signos, que são arbitrários, compreendidos de forma subjetiva:

A criança ouvinte adquire o signo lingüístico através da introjeção da imagem acústica e de seu conceito, ou de um significante e de um significado. Para a criança surda não existe a possibilidade da introjeção dos objetos. Portanto, substituir a imagem acústica por signos escritos (letras, palavras) é fundamental para a compreensão linguística.

Justamente em razão do déficit biológico causado pela surdez, caracterizado pela ausência da fala que inviabiliza a aquisição da linguagem oral, o deficiente auditivo tem características específicas em outros aspectos de sua relação com o entorno. Por exemplo, a atenção da pessoa surda fica dividida no tempo, o que significa que ela não pode atender ao mesmo tempo a dois estímulos que não estejam simultaneamente no mesmo campo visual.



A recepção das mensagens orais pelo deficiente auditivo depende da complexidade e as condições em que elas são emitidas, como, por exemplo, a distância da fonte sonora, se há interferências de outros ruídos no ambiente sonoro, a expressão facial do falante e a complexidade linguística da mensagem. No caso das campanhas publicitárias, todos esses aspectos devem ser levados em conta.

Outras características específicas dos deficientes auditivos é que nem todos possuem resíduos auditivos, de modo que existem diferentes graus de surdez, desde aquele que preserva algum grau de audição até a surdez profunda. Embora façam parte da comunidade ouvinte e estejam expostos às mesmas formas de comunicação, compartilhando os usos, os hábitos, a cultura e a língua, as formas de comunicação da comunidade surda são específicas. Isto significa que é necessário dar atenção ao modo como se dá o entrelaçamento dos processos discursivos e como é construído o sentido em cada discurso (Danesi, 2007).

COMUNICAÇÃO TOTAL

Uma filosofia de “comunicação total” deve nortear os processos comunicativos entre os membros da comunidade surda e entre os deficientes auditivos e os que ouvem. Ela valoriza os aspectos cognitivos, emocionais e sociais, além da utilização de recursos espaciais, visuais e manuais. A comunicação total concebe o indivíduo com surdez não como portador de uma patologia de ordem médica, mas sim como um ser social, receptor e produtor de cultura na sociedade em que vive, um cidadão com os mesmos direitos e deveres que os ouvintes. A surdez é concebida como uma marca que repercute nas relações sociais e no desenvolvimento afetivo e cognitivo dessa pessoa.

Dessa forma, a filosofia da comunicação total se sustenta na utilização de qualquer recurso linguístico, seja a língua de sinais, a linguagem oral ou os códigos manuais para o relacionamento entre deficientes auditivos e ouvintes. Ao privilegiar a comunicação e não somente a língua, consideram-se, também, todas as formas, todos os estímulos, as texturas, as cores e as demais estratégias que possam sensibilizar e melhorar as oportunidades de comunicação com as pessoas surdas.

Língua brasileira de sinais (Libras)

Há documentos que demonstram que desde a antiguidade (Guarinello, 2007). já se tinha certo interesse em conhecer os sinais de que os deficientes auditivos se valiam para se comunicar. Mas foi só a partir de 1960 que se aprofundaram os estudos sobre o sistema linguístico utilizado pelas pessoas com surdez. Os primeiros estudos sobre a língua de sinais americana demonstraram que a língua utilizada pela comunidade surda possuía regras gramaticais próprias em todos os níveis linguísticos. Foram esses estudos e os subsequentes que comprovaram que as línguas de sinais, de um modo

geral, são tão complexas quanto as línguas processadas pelo canal auditivo-oral e apresentam os mesmos princípios organizacionais e parâmetros na formação de sua gramática.

A língua brasileira de sinais é uma língua visoespacial que se articula por meio das mãos, das expressões faciais e do corpo. Nas línguas de sinais as relações gramaticais são especificadas pela manipulação dos sinais no espaço. A Libras segue as mesmas regras das outras línguas de sinais; elas são produzidas em um espaço na frente do corpo que se estende do topo da cabeça até a cintura, tendo uma distância entre a mão direita e a esquerda estendidas lateralmente. (Guarinello, 2007, p. 90).

A Libras é considerada a língua natural, “materna”, da comunidade surda, pois é aquela que eles aprendem primeiro, por meio da qual se comunicam e se fazem entender, possibilitando a alfabetização. Assim como as línguas processadas pelo canal auditivo-oral, a língua de sinais surgiu espontaneamente da interação entre as pessoas com a mesma necessidade específica de comunicação e permite a expressão de qualquer conceito e de qualquer significado decorrente da necessidade de se comunicar.

A língua de sinais seria uma expressão da capacidade natural para a linguagem, de acordo com a perspectiva gerativa. Se há um dispositivo de aquisição da linguagem em todos os seres humanos, que deve ser acionado mediante a experiência linguística positiva, então a criança brasileira deveria ter acesso à língua brasileira de sinais o quanto antes, para ativá-la de forma natural. A língua portuguesa não será a língua a acionar naturalmente esse dispositivo devido à falta de audição da criança. Esta até pode adquirir essa língua, mas nunca de forma natural e espontânea, como ocorre em relação à língua brasileira de sinais (Santana, 2007, p. 98).

Dessa forma, cada letra do alfabeto possui um sinal manual correspondente que, combinados, permitem a soletração manual das palavras. No entanto, como a combinação de sinais manuais demandaria muito tempo para formar uma palavra, frase ou sentença, os verbos ou mesmo outros sinais específicos não existentes na Libras requerem que seja feito outro sinal. Um exemplo de um diálogo entre deficientes auditivos em que se pretende dizer que determinada pessoa é falante, se fosse feita a combinação de letra por letra para formar a palavra, depois a frase, depois a sentença, a comunicação ficaria dificultada, pois seria necessário mais tempo e a dinâmica da intercomunicação estaria prejudicada.

Por esse motivo, os deficientes auditivos apenas substituem esse processo de soletração manual por um sinal com os dedos indicador e médio em forma de V, com os demais dedos das mãos fechados num movimento de vai e vem para cima e para baixo na altura da garganta. Ou seja, com apenas um sinal a comunicação se estabelece sem a necessidade de soletração manual.



A língua de sinais é considerada fundamental para o desenvolvimento do deficiente auditivo. Mas, quando não é enfatizada e estimulada em detrimento do oralismo, a comunidade surda acaba por dispor somente de fragmentos da língua processada. Fonoaudiólogos e professores para lidar com o deficiente auditivo, a surdez e a linguagem são determinantes para a comunicação, pois a Libras não é um código com um fim em si mesmo, ensinado por meio de atividades mecânicas e repetitivas. Ela é uma língua contextualizada, carregada de significados sociais, de valores associados às suas práticas. Ou seja, não se trata só de ensino e aprendizado da língua, mas de aquisição (Guarinello, 2007).

A falta de acesso aos livros e aos jogos de leitura, a diferentes estímulos visuais, cores, formas, texturas, objetos e mensagens faz com que o deficiente auditivo tenha dificuldade para a construção de sentidos, para a construção de hipóteses sobre o objeto escrito e sobre a percepção das diferenças entre a escrita e a fala.

Um aspecto da comunicação bimodal utilizada na alfabetização de indivíduos com surdez pode ser tomada como referência para organizar melhor as estratégias para a comunicação da mensagem de propagandas a eles dirigidas. Nesse tipo de comunicação utilizam-se a fala e alguns sinais, o que exige que o deficiente auditivo olhe simultaneamente para os lábios e as mãos do interlocutor. Se ele olhar somente para os lábios, compreenderá somente parte da mensagem, cabendo aqui considerar que nem todo deficiente auditivo tem bem desenvolvida a leitura labial. Se ele olhar somente para as mãos, não compreenderá a mensagem da mesma forma; verá apenas alguns sinais da língua de sinais desconexos entre si, o que na realidade não estará formando língua nenhuma.

Da mesma forma que na escola não existe uma língua compartilhada circulando em sala de aula entre indivíduos com surdez e ouvintes, não existe uma língua compartilhada entre deficientes auditivos e ouvintes na vida cotidiana. Tampouco os profissionais de propaganda, em sua maioria, dominam a língua de sinais ou conhecimentos específicos que facilitem a comunicação com os facilitem consumidores da comunidade surda.

Por exemplo, assim como na comunicação cotidiana entre deficientes auditivos e ouvintes, tratando-se de propaganda, é fundamental valorizar a expressão facial, um recurso importante para a comunicação entre a comunidade surda e entre deficiente auditivos e ouvintes. “As expressões faciais têm função importante: procuram preencher a função de entonação (pedidos, imperativos, etc.)” (Santana, 2007, p. 98).

A figura 1 ilustra o alfabeto em língua brasileira de sinais (Libras).



Fonte: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br>

Psicologia das cores

O significado das cores, de acordo com a psicologia, está relacionado a sensações, emoções e sentimentos que podem ser despertados dependendo da cor.

As cores têm propriedades diferentes de acordo com a cultura onde são consideradas, o que requer atenção específica e planejamento por parte dos profissionais de comunicação e propaganda, sobretudo quando se quer transmitir a mesma mensagem visual a pessoas de diferentes culturas.

No campo da psicologia, cada cor possui uma característica e uma influência sobre as pessoas, despertando sensações ligadas às emoções, que podem ser positivas ou negativas, dependendo da experiência associada a elas. Por exemplo, há cores que podem acalmar e outras que podem estimular, como é o caso da cor laranja, muito empregada no ramo da gastronomia, por ser considerada uma cor quente, estimulante do apetite. Já as cores claras, como o branco, o bege, o creme e até o azul em tonalidades fraquíssimas, costumam ser usadas na pintura de paredes de consultórios médicos (Farina, 2000).

Além das sensações que podem ser provocadas pela cor, existem os diversos fatores culturais que fixam as atitudes psicológicas que orientam inconscientemente as inclinações individuais.

Por exemplo, a cor branca costuma estar associada À idéia de pureza e limpeza; o cinza carrega o apelo da neutralidade e da tristeza, geralmente associado a paisagens tristes, melancólicas, aos dias de frio e de chuva.

A cor rosa indica graça e ternura, motivo pelo qual é conhecida como a cor das meninas ou dos bebês, tanto que os produtos comercializados para esses públicos são encontrados no mercado em diferentes tonalidades de rosa. O preto, ou a mistura de todas as cores, costuma estar associado ao que é misterioso, desconhecido, à negatividade, á sujeira e às coisas ruins. No senso comum já se popularizaram expressões como: “céu negro”, “dia negro” e o conhecido bordão “a coisa está preta” para indicar que as coisas não andam bem.

O vermelho é uma cor associada ao calor e à energia, geralmente valorizada em campanhas publicitárias do Dia das Mães e do Dia dos Namorados devido ao apelo de também ser considerada a cor da paixão e dos sentimentos, ao passo que o azul é uma cor associada à pureza, à honra e à fé.

Esses são alguns significados enraizados na cultura de um povo e que passaram a integrar as sensações visuais para definir estados emocionais ou situações vivenciadas pelas pessoas. Especificamente no campo da psicologia da comunicação, as cores são estudadas de forma mais aprofundada, relacionadas com as preferências que uma pessoa manifesta por cada uma delas, utilizando-se esses conhecimentos para elaborar projetos de comunicação visual baseados no público-alvo. Os adultos se interessam mais pelas cores mais escuras, como o azul e o verde, enquanto as crianças preferem cores vibrantes, como o vermelho e o amarelo. O quadro 2 relaciona as cores com a idade do indivíduo e as sensações que provocam:

Quadro 2 – Correlação entre cores e sensações, por idade

Cores	Idade	Sensação
Vermelho	1 a 10 anos	Efervescência e espontaneidade
Laranja	10 a 20 anos	Imaginação, excitação e aventura
Amarelo	20 a 30 anos	Força, potência, arrogância
Verde	30 a 40 anos	Diminuição do fogo juvenil
Azul	40 a 50 anos	Pensamento e inteligência
Lilás	50 a 60 anos	Juízo, misticismo e lei
Roxo	60 anos ou mais	Saber, benevolência e experiência

Fonte: Bamz [s.d.]



Farina (2000) estudou o significado das cores em psicologia, correlacionando-as com as estratégias de criadores de campanhas publicitárias para causar o impacto desejado no consumidor por meio da propaganda, com o intuito de provocar estímulos que impactem visualmente o potencial consumidor e despertem nele o comportamento de compra. Na sequência, a descrição feita pelo autor.

- Branco: é uma cor que sugere pureza, simplicidade, otimismo. Se é utilizada com a ausência de caracteres, cria a impressão de vazio e infinito. Evoca ação refrescante e desinfetante, principalmente quando é usada junto com o azul-claro;
- Preto: é a cor que simboliza o infortúnio e a morte; exhibe características impenetráveis; é a cor mais desprovida de sentimento, porém se for brilhante confere nobreza, distinção e elegância;
- Cinza: exprime um estado de alma duvidoso e neutro, evoca medo, desânimo e monotonia, sensações essas que aumentam à medida que for mais escuro; o tom mais escuro é a cor do sujo e desprezível como no tom grafite; se for um cinza brilhante como a prata, passa a ser considerado clássico e nobre;
- Vermelho: significa força, alegria de viver, virilidade e dinamismo. Às vezes pode ser irritante ou exaltante; impõe-se como dignidade e severidade, benevolência e charme. É uma cor quente por definição, sem as características do amarelo, que espalha e invade todas as cores ao seu redor. É uma cor conclusiva porque se basta. Quanto mais escuro for o vermelho, mais profunda, grave e circunspecta será a sensação; se for um vermelho mais claro, exprimirá temperamento jovial e fantasioso;
- Verde: é a cor mais fria, calma e tranquila; não exprime qualquer sentimento de alegria, tristeza ou paixão. Transmite a sensação de imóvel, de satisfação, e também é considerada a cor da esperança. Se tiver pigmentos e participação do amarelo, torna-se uma cor ativa, ensolarada e indiferente. Já se houver a predominância do azul, torna-se carregada, severa e repleta de pensamentos;
- Azul: é uma cor que exprime a calma, profunda, interior, infinita, bem diferente do verde. É solene, grave e espiritual; ignora as análises irracionais. Nos tons mais claros e brilhantes provoca sensação de frescor e higiene, considerada a cor preferida pelas mulheres. O tom turquesa exprime grande força, fogo interior e frio, como os lagos que são iluminados pelo sol de verão. As tonalidades mais escuras agradam mais aos homens;
- Amarelo: cor luminosa, vibrante, vistosa e que transmite sensações agradáveis, principalmente em tons claros e limpos. É considerada uma cor superficial, que não transmite profundidade; muito ativa, é uma cor que estimula a criatividade, mas, se receber toques de marrom ou verde, apresenta aspecto doentio, repugnante. Aquecida com tons de vermelho, evoca um misto de alegria e satisfação;
- Laranja: é a cor mais acolhedora, quente, estimulante, considerada íntima como o fogo ardente, mais irradiante e expansiva que o vermelho. Se for associada com o fruto da laranja, transmite sensação de refrescância;



- Violeta: uma cor misteriosa e triste, melancólica e mediativa; demonstra um pensamento profundo e religioso. Em tons mais claros e luminosos como o lilás, torna-se mágica e mística;
- Rosa: tímido e romântico, intimista; é a cor feminina por excelência, com pouca vitalidade; exprime afeição e afetuosidade; sugere intimidade;
- Marrom: é a cor mais realista segundo os estudiosos; é a cor que representa a justiça (Farina, 2000, p. 105-112).

Psicologia da percepção visual

Segundo a psicologia gestáltica, a percepção visual refere-se às configurações do campo de visão organizadas separadamente e que em nada dependem de experiências anteriores, contradizendo o que os psicólogos experimentalistas tentam provar. Algumas ou todas as imagens percebidas pelas pessoas são associadas, imediatamente, a outros sentidos além da visão. Por exemplo, a associação das experiências vividas, em que a imagem de uma rosa pode ligá-la imediatamente ao cheiro, ao aspecto físico ou ao reavivamento da memória de alguma situação em que a pessoa recebeu uma rosa. É com base nessas percepções que se fundamenta a percepção visual no campo da psicologia.

Considerando a teoria dos experimentalistas de uma imagem associada à audição, se o indivíduo tiver deficiência desse sentido a compreensão da imagem pode ser prejudicada. Ou seja, se apresentada uma imagem de algum instrumento musical a um indivíduo com deficiência auditiva, a mensagem não seria compreendida ou não causaria a mesma sensação que numa pessoa ouvinte.

Wolfgang Köhler, um dos mais famosos teóricos da psicologia gestáltica, dá o exemplo de um deficiente visual de nascença que adquire visão na fase adulta. Apesar de não viver a experiência com formas geométricas, pela sua cegueira, pode sim em um primeiro momento que voltar a enxergar, reconhecer uma moeda como círculo. Segundo esse teórico, tal percepção visual não está relacionada à vivência anterior e sim a dados. Esses dados são organizações do campo visual, adquiridas por aprendizado e não por experiências vividas (apud Garret, 1979).

Os princípios de organização da psicologia da Gestalt em relação à percepção visual dividem-se em três partes principais, segundo Köhler (apud Garret, 1979): a semelhança, a proximidade e as formas fechadas:

- *Semelhança*: as coisas semelhantes tendem a enquadrar-se em grupos. Por exemplo: pessoas uniformizadas são vistas em grupo e não separadamente; pontos iguais e dispersos na mesma distância são compreendidos como uma configuração; um rosto pode lembrar a feição de algum conhecido.



- *Proximidade*: algumas coisas colocadas em proximidade podem causar a sensação de junção. Por exemplo, ao escutar alguma música com a presença de ruídos ao fundo, os sons podem se misturar, causando a sensação de estarem fundidos.
- *Formas fechadas*: formas geométricas, ou traços com simetria são compreendidos com facilidade, de forma imediata, e vistos como unitários pelo receptor.

Esse sistema de organização pela teoria gestáltica tem por base o aprendizado. Alguns testes e estudos feitos e ministrados por Köhler, por volta de 1913, com animais para comprovar a teoria da aprendizagem, mostraram que até mesmo animais considerados como “mais irracionais” aprendem a partir da percepção visual, com a repetição de estímulos. Um desses testes, aplicado também a uma criança de três anos, comprovou que a diferença entre os animais e a criança foi somente o número de repetições do estímulo. No teste, apresentava-se à criança duas caixas: uma mais escura e outra mais clara; a caixa clara estava cheia de doces e a outra, vazia. Foram feitas 45 repetições até que a criança associasse as balas à caixa mais clara. Ou seja, ela não associou a caixa com suas experiências anteriores, mas teve um aprendizado. E então, associou as balas à caixa clara, com base nos dados que ela havia recebido. Da mesma forma ocorreu com os animais, porém com uma sequência de repetições bem maior.

A percepção visual na teoria não-gestáltica implica situações combinatórias, acúmulo de informações já conhecidas, como se fosse um “registro fotográfico mecânico” entre emissor e receptor, o que contraria toda essa teoria de aprendizagem testada por Köhler e uma das bases de estudo da teoria gestáltica.

No campo da aprendizagem (teoria gestáltica), existe um termo chamado de *insight*, referente ao “estalo” de entendimento da mensagem, quando todos os seus elementos se completam. Ocorrendo isso, caracteriza-se o entendimento imediato.

No que se refere às características da mensagem, segundo os gestaltistas, o homem a compreende em sua totalidade, mas sua percepção ocorre separadamente. Todavia, a tendência é organizar tudo, relacionando a figura e o fundo. Tendo os elementos separados a princípio e organizados em totalidade, os indivíduos usam a sua complementaridade pessoal para concluir o pensamento sobre o que veem, o que pode acontecer de modo exagerado em algumas das vezes e fora da realidade da forma.

Alguns motivos que levam a isso pode ser a crença e/ou o desejo de interpretação lógica. Um exemplo disso seria o do “fogo fátuo”, que nada mais é que um fenômeno que ocorre principalmente em cemitérios, onde a inflamação do fósforo de hidrogênio expelido pelo corpo em decomposição dá um aspecto brilhante às coisas. Esta é a explicação científica desse fenômeno, o qual algumas pessoas, com base as suas crenças, explicam veem como espíritos ou assombrações.



Ocorre que o ser humano tem necessidade de tentar atribuir compreensão a tudo o que vê usando os atributos ao seu redor, as Gestalten³. O desejo do ser humano de atribuir lógica ao que lhe é apresentado é visto como natural. Contudo, a compreensão das coisas, dos fenômenos e dos atributos que rodeiam o ambiente só será perfeita se a interpretação pessoal não for baseada em crenças e desejos. Uma interpretação isenta de qualquer interferência segue uma lei composta por quatro elementos: a similaridade, a proximidade, a continuidade e o fechamento.

No caso da interpretação de uma campanha publicitária, a *similaridade* corresponde à semelhança de objetos, ambientes, formas e cores apropriados ao apelo comercial que se pretende. Por exemplo, não faria sentido produzir uma propaganda masculina com ambientes e elementos em cores femininas como o rosa. Tampouco faria sentido um anúncio de produtos de limpeza em um ambiente que remete a sujeira. É essa correlação que a percepção humana organiza no total para que a compreensão da mensagem seja coerente e fique por ainda mais tempo na mente do consumidor. Os elementos da Gestalt necessitam se encaixar nesse padrão para que haja a aceitação do público. Algumas falhas em campanhas que devem ser ressaltadas são: falta de contorno em objetos, sombras ambíguas ou adição de sombras e luzes que podem alterar a forma do objeto. No caso das cores, elas precisam remeter à lembrança do produto. Se saírem do padrão do cotidiano, a tendência é prejudicar a compreensão da mensagem.

No caso da proximidade, é como se um professor, no meio da aula, mudasse radicalmente o assunto, o que iria prejudicar a compreensão da conversa e dos conteúdos. Da mesma forma, nas campanhas publicitárias os anúncios não podem “mudar de assunto”, porque isso deixaria a conversa desconexa (Tiski-Franckowiak, 2000). O pressuposto de proximidade exige que os elementos principais sejam escolhidos com extrema coerência, eliminando qualquer detalhe supérfluo ou informação desnecessária. Por exemplo, entre uma campanha de protetor solar que apresenta uma pessoa de pele macia e bem cuidada e a propaganda do mesmo produto que apresenta a pessoa tão vermelha quanto um pimentão, a primeira parece ser mais adequada, pois mantém a conexão entre o ambiente (praia num dia ensolarado), o objeto (protetor solar) e a mensagem que remete à proteção da pele.

Considerando a similaridade e a proximidade, chega-se à *continuidade*, que à terceira lei da Gestalt aplicada às campanhas publicitárias. Ela se refere à sequência de mensagens para que as campanhas sigam uma linha coerente de associação à marca, ao produto e ao objetivo que se pretende. Ou seja, é necessário que haja elos entre os elementos da propaganda para preservar a mensagem e o consumidor consiga compreender e assimilar a intenção do anunciante. Seja qual for a mensagem da propaganda, mesmo sem perceber, as pessoas buscam a proximidade e a similaridade e percebem quando não existe continuidade.

³ Plural da palavra alemã Gestalt. Note-se, aliás, que as traduções para esse termo não conseguem manter a fidelidade à grandiosidade do que ele abrange.



Tome-se como exemplo a campanha do desodorante Corpo a Corpo, em que alguns anúncios são imagens de mães e filhos, outras de um casal *gay* se beijando, além de uma série de cenas que não têm associação entre si. Nesse caso, o fabricante corre o sério risco de que a propaganda seja evitada, não se fixe na mente do consumidor e, portanto, não haverá memorização.

Para complementar, o *fechamento* é a conclusão da compreensão, a finalização quando as outras três leis da Gestalt são aplicadas de maneira correta na mensagem. O ideal é que o fechamento ocorra já nos dez primeiros segundos de uma mensagem publicitária para que ela seja considerada totalmente perfeita na sua compreensão. O texto deve ser curto e objetivo, não deixar perguntas no ar e o consumidor, após assistir a peça publicitária, deverá saber ler e identificar o produto, ou seja, o que é o produto, onde fica, porque é desta forma. No entanto, o excesso de informações e elementos deve ser evitado, para que não se prejudique a percepção do receptor, como no caso de haver superposição e sobreposição prejudicando a figura funda e confundindo o receptor (Tiski-Franckowiak, 2000).

Deficiente auditivos, comunicação e propaganda

Embora a maioria dos programas de televisão e algumas propagandas contem com o recurso de legendas ou de intérprete em alguns dos cantos do vídeo para facilitar a comunicação da mensagem aos deficientes auditivos, há que se considerar que nem sempre essa comunicação é bem-sucedida. Por exemplo, nem todos os deficientes auditivos têm um nível de alfabetização que lhes possibilite a leitura das legendas e, embora contem com o recurso de leitura labial, essa é uma habilidade que demora para ser desenvolvida; também há os deficientes auditivos que desconhecem em profundidade a língua brasileira de sinais (Libras). Por outro lado, “sabe-se que o deficiente auditivo consegue compreender apenas 40% de leitura ortofacial, dificultada, na televisão, porque nem sempre as pessoas falam de frente e devagar, o que é fundamental para maior compreensão” (Danesi, 2007, p. 92).

Segundo Taciana Chiquetti (2011) os deficientes auditivos não entendem as propagandas veiculadas na televisão. A Libras é a única forma de comunicação para deficientes auditivos não oralizados ou alfabetizados. E, quando utilizada como recurso em propagandas na televisão, por meio de uma intérprete, a mensagem é veiculada utilizando esse recurso num canto da tela. Ocorre que a queixa dos deficientes auditivos é que o espaço da intérprete na tela é muito pequeno. Linguagem essencialmente visual, a Libras exige, na maioria das vezes, que se utilize conjuntamente a legenda para melhorar a compreensão, de modo que uma informação complete a outra. Nos casos mais graves de dificuldades na comunicação e na compreensão da mensagem, em que o quadro é muito pequeno, é necessário, ainda, fazer a leitura labial.

Não raro, quando se utilizam as legendas destinadas ao público deficiente auditivo alfabetizado, elas são muito rápidas e os deficientes auditivos não conhecem a maioria das palavras, ficando



prejudicada a construção de sentidos e do significado da mensagem. Nesse ponto, Chiquetti (2011) afirma que existe um consenso equivocado entre os ouvintes de que todo deficiente auditivo é alfabetizado e consegue ler as legendas e compreender as mensagens.

No caso de jornais, a maioria dos deficientes auditivos tem dificuldades na compreensão de uma reportagem, porque nem sempre eles conhecem o significado de palavras diferentes que vão aparecendo ao longo do texto, o que prejudica a leitura. Ao analisar os resultados de uma pesquisa de campo feita com pais de pessoas surdas, Danesi (2007, p. 93) destaca a dificuldade dos deficientes auditivos para compreender as mensagens, inclusive publicitárias, veiculadas na televisão:

Quando a pessoa está de lado ou de costas não se sabe o que ela está dizendo; meu filho pergunta em casa o que estão dizendo na tv, mas me faltam sinais para explicar. Meu filho não gosta de assistir tv, não se interessa. Acho que é porque ele não entende. Acho que eles não gostam, olham um pouquinho e já saem, não têm paciência.

Não se trata, neste caso, de gostar ou não gostar de assistir televisão, mas sim da dificuldade de o deficiente auditivo compreender a mensagem. Se isso acontece em relação a programas diversos, novelas, filmes e outras formas de entretenimento, fazendo com que o deficiente auditivo deixe de se interessar, o mesmo pode acontecer, certamente, em relação às propagandas e formas de publicidade em geral, pois diante da dificuldade em compreender a mensagem, ela deixa de ser interessante para ele. “O conhecimento social das implicações da surdez, a sensibilização que permita um respeito social a elas e a eliminação das barreiras de comunicação deve, portanto, considerar essa diversidade” (Silvestre, 2007, p. 52).

Silvestre (2007) chama a atenção para a proposta de inclusão, muitas vezes confundida pelas pessoas e instituições como a assimilação do deficiente auditivo padrão (ouvinte-falante), que desqualifica o deficiente auditivo e a língua de sinais como produtores de subjetividades e produções culturais, inclusive comunicacionais e linguística, ou seja, referentes ao modo de estar no mundo e de se comunicar com as pessoas, seja da comunidade surda ou da ouvinte. “O modelo de inclusão que insere o deficiente auditivo na lógica da deficiência, quer dizer, no lugar de ser um ouvinte com defeito, não funciona para os deficientes auditivos em sua grande maioria” (Silvestre, 2007, p. 35).

RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

Perfil dos pesquisados

Os participantes da pesquisa foram divididos em duas turmas: deficientes auditivos e ouvintes, conforme quadro 3.

Quadro 3 – Perfil dos pesquisados

Turmas	Integrantes	Faixa Etária	Situação	Tempo da Aplicação
1ª turma	6 alunos	17 a 46 anos	Deficientes Auditivos	2h3 0min
2ª turma	7 mulheres	38 a 52 anos	Ouvintes	35min

A primeira turma foi formada por seis deficientes auditivos de graus leve e severa, com idade entre 17 e 46 anos. A segunda turma, por sete mulheres ouvintes com idade entre 38 e 52 anos.

Na primeira turma, dos seis participantes, três tinham pouca audição, mas conseguiam pronunciar algumas palavras; dois já estavam em nível superior nos estudos. O grupo de três alunos foi o que teve melhor entendimento do procedimento dentre os demais dessa turma.

Foram mostradas a todos eles três campanhas publicitárias impressas com temas completamente diferentes e, em seguida, aplicou-se um questionário com duas perguntas referente a a cada anúncio. Somente no terceiro anúncio eles responderam apenas a uma questão pelo fato de a campanha ter apresentado o produto em foco como objeto central.

A primeira campanha referia-se a um anuncio antitabagismo, com fundo preto, mostrando uma criança de aproximadamente quatro anos chorando, envolta pela fumaça do cigarro que formava a imagem de um saco plástico ao redor de sua cabeça, dando a impressão de sufocamento, conforme mostra a figura 2.

Figura 2 – Anúncio antitabagismo



Fonte: <http://www.conac.cl>

A maioria demorou muito para perceber o detalhe da fumaça e alguns não conseguiram identificar o saco plástico e precisaram da ajuda da intérprete para tanto. À imagem da criança eles associaram imediatamente a mãe. Entre os que conseguiram identificar a fumaça, a compreensão transmitida foi de que fumar não é bom, conseguindo ele compreender que se tratava de uma campanha contra o fumo. Dos seis indivíduos pesquisados, três identificaram a fumaça sem a ajuda da intérprete, justamente os três que pronunciavam algumas palavras.

Na segunda turma em que foi aplicada a pesquisa, sete mulheres de 38 a 52 anos de idade, sem deficiência auditiva, o entendimento da campanha foi mais fácil. Todas ligaram a cor preta a sentimentos negativos, porém apenas três associaram a fumaça com cigarro e tabagismo, enquanto que quatro imaginaram tratar-se de uma campanha contra a violência infantil.

Ao mostrar a segunda imagem (figura 3), que se referia a uma campanha da Molico, o produto era um iogurte *light*, em fundo azul-claro, lembrando o céu ensolarado, com uma atriz no centro flutuando em posição de meditação, com roupas clara e olhos claros, fechados e com expressão tranquila. Ao seu redor havia formas com motivos infantis na cor branca – aviãozinho, balões, pássaros e pipa, sugerindo leveza e liberdade –, assim como o azul, transmitindo tranquilidade. A campanha apresentava no rodapé uma frase na qual se citava a palavra iogurte e, nas laterais, a marca de um lado e os produtos do outro. No entanto, na apresentação para os pesquisados foi coberta a parte que indicava o produto e a frase.

Figura 3 – Anúncio de um iogurte



Fonte: <http://portfoliomandarine.blogspot.com.br/2010/04/campanha-verao-leve-molico.html>

Com a turma de deficientes auditivos, tendo a mesma dificuldade da primeira campanha, eles não associaram o conjunto na imagem e sim cada elemento separadamente, dificultando o en-

tendimento da campanha. A cor azul transmitiu tranquilidade a eles, como o estudo sobre as cores explica, porém os elementos não transmitiram absolutamente nenhum sentimento., Dois dos entrevistados imaginaram que poderia ser uma campanha de alimento *light*, para o restante tratar-se-ia de anúncio de uma academia de ginástica.

Na turma de mulheres sem deficiência auditiva, foram unâнимes as sensações de tranquilidade, paz e leveza que a cor azul transmitia. Absolutamente todas as entrevistadas acreditavam que o produto anunciado era algo ligado a limpeza.

Com a terceira e última campanha apresentada, eles já estavam familiarizados com o procedimento da pesquisa, o que ajudou na aplicação. O anúncio (figura 4) era da marca Nescau, com fundo vermelho, o produto no centro do anúncio envolto por uma “luz” na cor amarela. Na mesma cor havia alguns raios, o produto e o slogan, que foi coberto para não facilitar a resposta da pesquisa.

Figura 4 – Anúncio de bebida láctea



Fonte: <http://www.nestle.com.br/>

Apresentada a campanha aos pesquisados com deficiência auditiva, houve hesitação imediata: a cor vermelha agitou os entrevistados e a combinação de cores amarelo e vermelho transmitiu a todos sentimentos relacionados a energia.

Na segunda turma, composta por mulheres sem deficiência auditiva, as cores utilizadas no anúncio geraram – da mesma forma que na primeira turma – a agitação, embora tenha havido mais citações de sentimentos causados, como calor, sede e fome.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tempo utilizado para a aplicação da pesquisa nas turmas com e sem deficiência é algo relevante a ser descrito. Na primeira turma, com deficientes, a pesquisa durou duas horas e meia; na turma sem deficiência auditiva foram gastos 35 minutos. Diante dos resultados, considerando que a mesma pesquisa foi aplicada a ouvintes e a deficientes auditivos, o tempo necessário para a aplicação da pesquisa – que chegou a ser quase cinco vezes maior no caso dos deficientes auditivos, em relação às ouvintes – é a primeira característica que sobressai. Isto significa que o elemento audição, responsável pelo desenvolvimento da linguagem, é determinante para a construção de sentidos, conceitos e significados, conforme os pressupostos de Danesi (2007).

Essa constatação na pesquisa corresponde aos pressupostos de Vygotsky (1998) quanto à relação indissociável entre linguagem e pensamento. Ou seja, assim como o desenvolvimento da linguagem afeta a formação do pensamento, que por sua vez é expresso pela linguagem, isso explica o fato de os deficientes auditivos terem demorado mais tempo do que as ouvintes para construir sentidos acerca dos estímulos visuais das campanhas publicitárias.

Grosso modo, as pessoas que ouvem, por terem a audição, desenvolveram a linguagem e têm os esquemas de pensamento e de construção de conceitos e significados mais aprimorados do que os deficientes auditivos que não ouvem. Estes não têm a linguagem suficientemente desenvolvida e, portanto, apresentam mais dificuldade para construir sentidos e conceitos ou mesmo para expressar-se. Isso ficou evidente na turma dos deficientes auditivos, na qual alguns necessitaram da ajuda da intérprete para compreender a mensagem das campanhas publicitárias e até mesmo para expressar seus sentimentos. Comparando as duas turmas, entre os deficientes auditivos os elementos presentes na apresentação gráfica de cada uma das campanhas não transmitiram significado suficiente para a compreensão, ao contrário do que aconteceu no grupo das ouvintes. Já as cores passaram percepções, sensações e sentimentos em ambas as turmas. Nas duas, as cores suaves transmitiram sentimentos de paz, alegria e tranquilidade, enquanto as cores fortes transmitiram agitação e sentimentos relacionados à percepção de calor, sede e fome.

O presente trabalho teve como objetivo analisar a percepção visual dos deficientes auditivos quanto a técnicas gráficas, cores, tipologia, diagramação e outros aspectos relativos à percepção presentes nas campanhas publicitárias. O objetivo foi comparar as sensações causadas pelas técnicas utilizadas nas campanhas impressas entre indivíduos ouvintes e indivíduos com surdez.

Os resultados da pesquisa aplicada demonstraram que a turma de deficientes auditivos não construiu significado completo acerca da mensagem com base nos elementos que a compunham, ao passo que na turma de ouvintes este significado foi construído.



Já quando se tratou de cores, mesmo tendo-se ocultado algumas informações importantes na peça publicitária, todos associaram determinadas cores a sentimentos e sensações semelhantes. Por exemplo, o azul transmitiu calma, ao passo que o vermelho transmitiu agitação. Entre os deficientes auditivos o tempo de realização da pesquisa, como se afirmou, foi maior, porque não compreendiam o significado dos elementos da mensagem, e precisaram da ajuda da intérprete, o que não aconteceu entre as ouvintes. Isto foi interpretado como um diferencial em relação à linguagem, uma vez que as pessoas surdas não a têm suficientemente desenvolvida, o que acaba interferindo no diálogo interior e na construção do pensamento e dos significados. Trata-se aqui de um alerta para os profissionais de comunicação, publicidade e propaganda, tendo em vista que os deficientes auditivos representam uma parcela significativa da população, são consumidores como os demais e também são um público-alvo que deve ter seu comportamento de estimulado. Assim, é necessário conhecer as características dos deficientes auditivos quanto a elementos, formas, imagens e cores dos produtos e dos anúncios para a criação de estratégias de comunicação diferenciadas, que possam atingir esse público.

Este trabalho abre portas para um aprofundamento do assunto, que, por ser muito abrangente e por suas ramificações, tem muito a ser pesquisado. Nossa pesquisa restringiu-se apenas a um aspecto, a comparação da percepção visual entre os deficientes auditivos e os “ouvintes” no que se refere à leitura e à compreensão de mensagens publicitárias.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Valéria Amorim. Alguns modos de compreender a linguagem e sua relação com o sujeito. In: SILVESTRE, Núria. *Educação de deficiente auditivos: pontos e contrapontos*. São Paulo: Summus, 2007. p. 20-24.
- BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e filosofia da linguagem*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- BAMZ, Juan. *Arte y ciencia del color*. Barcelona: Ediciones de Arte, [1955].
- CARVALHO, Castelar de. *Para Compreender Saussure (Fundamentos e Visão Crítica)*. Rio de Janeiro: Presença, 1991.
- CHIQUETTI, Taciana. Deficiente auditivos não entendem propaganda. *Correio da Tarde*, Natal e Mossoró (RN), a. VI., n. 1.758, 28 nov. 2011. Disponível em: <http://www.correiodatarde.com.br/editorias/correio_natal-5818>. Acesso em: 28 nov. 2011.
- CHOMSKY, Noam. *Regras e representações*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- DANESI, Marlene Canarim. *O admirável mundo dos deficientes auditivos: novos olhares do fonoaudiólogo sobre a surdez*. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2007.
- DURAN, Álvaro Pacheco. Psicoterapia construtivista: em busca da construção do significado. In: SOUZA, Maria Thereza C. Coelho de. *Os sentidos de construção: o si mesmo e o mundo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 25-35.



FARACO, Carlos Alberto. O Círculo de Bakhtin. In: *Linguagem & diálogo: as ideias linguísticas do Círculo de Bakhtin*. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

_____. *Linguagem & diálogo: as ideias linguísticas do Círculo de Bakhtin*. Disponível em: <<http://www.parabolaeditorial.com.br/releasebakhtin.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2012.

FARINA, Modesto. *Psicodinâmica das cores em comunicação*. 5. ed. São Paulo: Edgard Blusher, 2000.

GARRET, Henry E. *Grandes experimentos da psicologia*. Trad. e notas de Maria da Penha Pompeu de Toledo. 4. ed. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1979.

GLAT, Rosana. *Educação inclusiva: cultura e cotidiano escolar*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2007.

GOLDFELD, Márcia. *A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva interacionista*. São Paulo: Plexus, 2002.

GUARINELLO, Ana Cristina. *O papel do outro na escrita de sujeitos surdos*. São Paulo: Summus, 2007.

SANTANA, Ana Paula. *Surdez e linguagem: neurolinguísticas*. São Paulo: Plexus, 2007.

SILVESTRE, Núria. *Educação de surdos: pontos e contrapontos*. São Paulo: Summus, 2007.

SIMÃO, Livia Mathias. Semiose e diálogo: para onde aponta o construtivismo semiótico-cultural? In: SOUZA, Maria Thereza C. Coelho de. *Os sentidos de construção: o si mesmo e o mundo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 13-24.

SOBRAL, Adail. Ato, atividade e evento. In: BRAIT, Beth. *Bakhtin: conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 11-36.

SAUSSURE, Ferdinand de. *Curso de linguística geral*. 30. e. São Paulo: Cultrix, 2002.

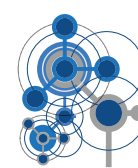
TORRES, Branca Oliveira et al. A perda auditiva induzida pelo ruído (Pair) na formação acadêmica: conhecimentos e medidas de prevenção. *Odontologia Clínica Científica*, Recife, v. 6, n. 2, p. 151-154, abr.-jun. 2007.

TISKI-FRANCKOWIAK, Irene. *Homem, comunicação e cor*. 4. ed. São Paulo: Ícone, 2000.

VYGOTSKY, Lev S. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

ZUBEN, Paulo. *Música e tecnologia: o som e seus novos instrumentos*. São Paulo: Irmãos Vitale, 2004.

Recebido em: 18.03.2012 / Aceito em: 26.06.2012





A representação do tema drogas na mídia capixaba

Representation of the drugs theme in the media of the State of Espírito Santo

La representación del tema drogas en los medios de comunicación del Estado de Espírito Santo

Eliana Martins Marcolino

- Doutora em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp), com estágio na Universidade de Havana (Cuba)
- Mestre em Comunicação Social pela Umesp
- Graduada em Jornalismo pelas Faculdades Integradas São Pedro (Faesa), de Vitória (ES)
- Pesquisadora do Observatório Saúde na Mídia (OSM) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Experiência na área de comunicação, com ênfase em jornalismo e em comunicação e saúde
- E-mail: emarcolino@icict.fiocruz.br

Edgard José Rebouças

- Doutor em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp), com estágio de pesquisa na Université du Québec à Montréal
- Mestre em Sciences de l'Information et de la Communication pela Université de Grenoble 3
- Graduado em Jornalismo pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)
- Professor do Departamento de Comunicação Social da Ufes
- Coordenador do Observatório da Mídia Regional: Direitos Humanos, Políticas e Sistemas, da Ufes
- Experiência na área de comunicação, com ênfase em indústrias culturais e políticas
- E-mail: edreboucas.br@gmail.com



Resumo

O presente trabalho refere-se à análise da cobertura do tema drogas em dois jornais da cidade de Vitória (ES): A Gazeta e A Tribuna. As matérias analisadas compreendem o período de 1º a 31 de julho de 2010. Duas questões básicas constituem o problema de pesquisa: como os jornais capixabas abordam o tema; como o divulgam envolvendo crianças e adolescentes. Utilizou-se como método a análise de conteúdo das matérias e análise comparativa entre os jornais. Trata-se de um estudo exploratório documental, com enfoque qualitativo. A pesquisa mostra que o discurso que permeia os jornais capixabas em torno do tema drogas está centrado no modelo proibicionista e policialesco.

PALAVRAS-CHAVE: ADOLESCENTE • CRIANÇA • CIDADANIA • DROGAS • JORNALISMO

Abstract

This work concerns the analysis of the coverage of the drugs theme in two newspapers of the city of Vitória (ES): A Gazeta and A Tribuna. The subject-matters analyzed cover the period July 1 to 31, 2010. Two basic issues comprise the problem of the research: how the Espírito Santo newspapers address the theme; how do they divulge when it involves children and adolescents. The method used was an analysis of the content of the subject-matters and a comparative analysis between the newspapers. This concerns a documental exploratory study with a qualitative focus. The survey shows that the discussion that permeates the Espírito Santo newspapers in relation to the drugs theme is centered on the prohibitionist and police-like model.

KEYWORDS: ADOLESCENT • CHILD • CITIZENSHIP • DRUGS • JOURNALISM

Resumen

Este trabajo se refiere al análisis de la cobertura sobre la temática de las drogas en dos periódicos de la ciudad de Vitória (ES): A Gazeta y A Tribuna. Las materias analizadas comprenden el periodo de 1º a 31 de julio de 2010. Dos cuestiones básicas constituyen el problema de investigación: cómo los periódicos del Estado de Espírito Santo abordan el tema y cómo lo divulgan envolviendo niños y adolescentes. Se utilizó como método el análisis de contenido de las materias y análisis comparativo entre los periódicos. Se trata de un estudio exploratorio documental, con enfoque cualitativo. La investigación muestra que el discurso que permea los periódicos del Estado de Espírito Santo en torno al tema de las drogas está centrado en el modelo prohibicionista y policialesco.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTE • NIÑOS • CIUDADANÍA • DROGAS • PERIODISMO



Como os jornais de maior circulação no estado do Espírito Santo – *A Tribuna*¹ e *A Gazeta*² – abordam o tema drogas? Esta é a pergunta que motivou o desenvolvimento da pesquisa. A questão central do estudo tem o objetivo de provocar uma reflexão sobre a cobertura do tema e as implicações do discurso legitimador da mídia na construção de um discurso social, considerando que a mídia detém um lugar privilegiado de fala.

A leitura cotidiana dos jornais forneceu um dado empírico importante para a escolha do tema: percebeu-se que ele vem ganhando cada vez mais a atenção da mídia, porém a maneira como os jornalistas tem falado sobre a temática merece um olhar crítico por parte dos leitores e dos produtores de conteúdos.

Este trabalho foi realizado no âmbito das atividades do Observatório da Mídia Regional: direitos humanos, políticas e sistemas, grupo de pesquisa e ação ligado à Universidade Federal do Espírito Santo, no qual se fomentam discussões sobre o papel social da mídia. No observatório, procura-se acompanhar como a mídia aborda questões de interesse público e se ela vem cumprindo o seu papel social de informar o público de maneira ética e responsável. Foi com o propósito de focar um olhar atento na construção do discurso da mídia sobre temas de interesse público que nos empenhamos no desenvolvimento desta pesquisa.

Nesse sentido, surgem os seguintes questionamentos: os jornais oferecem informações que possam contribuir com a análise crítica e reflexiva sobre o assunto, uma vez que a função do jornal é de informar e de formar opiniões? As matérias publicadas contribuem para que o leitor amplie o seu acervo de conhecimentos para tomadas de decisões? Em busca de respostas, adotou-se a abordagem metodológica da análise de conteúdo, tendo como expoentes teóricos deste estudo Laurence Bardin (2009) e Klauss Krippendorff (1993).

Método de análise

Segundo Krippendorff (1993), a análise de conteúdo é um procedimento de investigação sobre o significado simbólico das mensagens. Para Paul Lazarsfeld, citado por Bardin (2009, p. 20), trata-se de “uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, manifesto da comunicação”. Para a realização desta pesquisa adotaram-se alguns procedimentos preconizados por Bardin, tais como: realizar a pré-análise dos textos, explorar o material, fazer o tratamento dos resultados e proceder à interpretação dos dados que foram elucidados.

¹ Fundada em 22 de setembro de 1938.

² Fundada em 11 de setembro de 1928.



Tão importante quanto a metodologia descrita por Bardin são os dez passos para a análise de conteúdo, apresentados por Krippendorff (1993). O primeiro é a formulação da hipótese ou questão para a pesquisa, sendo a hipótese uma pergunta que poderá ser confirmada ou refutada com a investigação. Após formular a questão de pesquisa, o segundo passo é definir a população para o estudo, ou seja, delimitar o material que será analisado dentro do universo de estudo. O terceiro passo é selecionar uma amostra adequada, porque, dependendo do objeto de estudo, fica inviável analisar todo o universo, necessitando o pesquisador, portanto, lançar mão das técnicas de construção da amostragem. “A amostragem garante eficiência na pesquisa ao fornecer uma base lógica para o estudo de apenas parte de uma população sem que se percam as informações” (Bauer; Gaskell, 2002, p. 40).

O quarto passo é a seleção e definição das unidades de análise. Em um objeto de estudo, existem várias possibilidades de análise; logo, é necessário delimitar as unidades que serão avaliadas, como, por exemplo, analisar em um jornal apenas as propagandas ou somente as matérias jornalísticas do gênero informativo etc. A quinta etapa é a construção das categorias do conteúdo a ser analisado. As categorias precisam dar conta de responder aos questionamentos que se levantaram. Elas devem ser pertinentes aos objetivos do estudo e claramente formuladas, de modo a serem bem compreendidas pelos codificadores. Além disso, é importante evitar ambiguidades.

O sexto passo consiste em estabelecer um sistema de quantificação. Existem inúmeras possibilidades estatísticas para tratar os dados, o que vai depender do viés quantitativo e/ou qualitativo da pesquisa. O passo seguinte, o sétimo, diz respeito a treinar os codificadores e conduzir um estudo-piloto, que representa uma etapa muito importante para a validação do protocolo. É nessa fase que dúvidas são elucidadas e incongruências, eliminadas. Os codificadores devem ser orientados quanto ao preenchimento do protocolo para garantir maior uniformidade na leitura e interpretação das categorias de análise.

O oitavo passo é a codificação do conteúdo de acordo com as definições estabelecidas. A codificação correta do conteúdo é que vai definir o resultado da pesquisa. O nono passo se relaciona com a análise dos dados coletados, processo que envolve leitura crítica e visão holística acerca do tema estudado. Nessa fase é importante que o pesquisador se dispça de seus preconceitos e fique aberto para aceitar os resultados sem querer forçar a comprovação das hipóteses propostas, pois pode ser que o estudo refute as questões de pesquisa. E, por fim, o décimo e último passo: estabelecer conclusões e sugerir indicações. Além de levantar conclusões, a pesquisa, a partir dos dados empíricos evidenciados, deve apontar algumas recomendações.

Seguindo esses critérios, realizou-se um estudo exploratório documental, com base na análise de conteúdo categorial das matérias. Para tanto, realizou-se um estudo-piloto por meio de um grupo



composto por nove estudantes do Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade Católica do Espírito Santo os quais também atuam como profissionais de distintas áreas da saúde. Eles fizeram a leitura das matérias dos jornais em questão e preencheram questionários. Posteriormente, foi feita uma roda de discussão sobre o assunto, na qual os pontos divergentes ou que provocaram dúvidas eram avaliados para a equipe alcançar um consenso.

Também se realizou uma entrevista com a coordenadora da Casa de Liberdade Assistida Presença e Vida, de Vila Velha (ES), a pedagoga Maria Aparecida Guimarães, que, tendo lido e comentado todas as matérias, preencheu os questionários, dando ênfase às reportagens que envolviam crianças e adolescentes.

Foi elaborado um protocolo de análise composto por duas grandes categorias: uma administrativa e outra de conteúdo.

Quanto à categoria administrativa, destacaram-se: *gêneros jornalísticos* (informativo e opinativo). A classificação dos gêneros é um elemento importante para a compreensão das características do veículo que está sendo estudado. Conhecer o lugar de publicação de alguns temas, ou seja, as *editorias*, oferece subsídios para a interpretação de determinados conteúdos. Por exemplo, por que o tema drogas ocupa majoritariamente as páginas policiais? Por que determinados personagens (políticos, artistas, esportistas...), embora tenham cometido crimes, ocupam outras editorias que não as policiais? Podemos afirmar que o espaço reservado para algumas pessoas dentro de um jornal pode reforçar preconceitos ou privilégios existentes na sociedade. Ao ler o jornal, o leitor precisa conhecer a *origem da informação*, quem é o jornalista ou qual é a agência que produziu o conteúdo. Por isso é importante saber quando as matérias são assinadas ou não. Quanto à *presença de ilustrações/explicações*, os jornalistas utilizam distintos recursos de edição para facilitar a compreensão do conteúdo, como gráficos e infográficos, fotografias e desenhos utilizados para ilustrar os textos. Pode-se observar, em uma matéria, que determinadas pessoas são mais expostas em fotografias em comparação com outras. Portanto, a foto deve ser utilizada de forma cautelosa pelos jornalistas. É importante lembrar que deve haver proteção de crianças e adolescentes na exposição de suas imagens.

Na categoria de conteúdo, foi contemplado o quesito do *caráter educativo* do texto; Ao analisar o caráter educativo das matérias, pretende-se observar se o texto jornalístico “contribui para a formação do indivíduo ou para ampliar seu acervo de conhecimentos”, conforme ressalta Samuel Pfrom Netto (1972, p. 38). Concordamos que o jornalismo deve contribuir para que o cidadão tenha elementos para uma leitura crítica acerca dos temas que denotem interesse social, partindo-se do princípio de que a informação pela informação não é suficiente. Por exemplo, o que pode mudar na vida de um cidadão com a informação de que “polícia apreendeu 402 kg de drogas”?



Se essa informação não vier contextualizada, ela se torna vazia de sentido. As matérias jornalísticas precisam oferecer subsídios para que o cidadão pense sobre as implicações sociais e pessoais do assunto que é abordado na mídia.

Os descritores *temáticos* salientaram os temas relacionados à problemática proposta, que é a questão das drogas. Foram definidos os seguintes descritores: avanços médicos e tecnológicos; descobertas científicas; celebridades; corrupção; denúncia/apreensão; envolvimento de criança e do adolescente com drogas; lei de criação dos conselhos antidrogas; medicamentos; políticas públicas de tratamento da dependência das drogas; políticas de prevenção ao uso das drogas; políticas de fiscalização e punição; violência contra a criança e o adolescente; violência provocada por crianças e adolescentes. O objetivo era analisar como os jornais focaram as drogas como temática. Por exemplo, identificou-se que a questão das drogas lícitas quase não foi abordada nesse período de análise, embora existam dados científicos relacionando a violência intrafamiliar e a violência no trânsito ao uso de álcool. De acordo com estudo publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Chalub; Telles, 2006), em 61,4% dos acidentes de trânsito foi detectada a presença de álcool nos exames dos envolvidos que não faleceram; em 52,9% dos casos fatais, as vítimas estavam alcoolizadas. Apesar disso, esse tema ficou à margem da discussão nos periódicos analisados.

Quanto às fontes consultadas, ao ler um jornal, o leitor precisa ficar atento a “quem fala”. Quais são os sujeitos escolhidos pelo jornal para discorrer sobre determinada temática. Em um jornal pode-se perceber a preponderância de fontes oficiais em detrimento de outras vozes. Essas fontes podem ser representadas por pessoas ou instituições. Para contemplar esse quesito, foram elencadas as seguintes fontes: conselhos de direitos (tutelar, da criança e do adolescente, da assistência e de direitos humanos); cidadãos comuns/testemunhas; especialistas em direito; familiares dos usuários e dos traficantes; legisladores; ONGs/instituições; pesquisadores/cientistas; policiais/delegados; professores; psicólogos/psicanalistas/psiquiatras; religiosos; traficantes; usuários. Nesse item foi possível identificar quais são as vozes ecoadas pela mídia e qual é o discurso que elas constroem ou é legitimado pela mídia. Observe-se que o pluralismo de fontes é importante para garantir a expressão dos distintos discursos sobre a temática.

Sobre o tipo de droga mencionada, uma das preocupações desta pesquisa foi identificar quais são as drogas da contemporaneidade, segundo o discurso jornalístico. Ressaltamos que é segundo o discurso jornalístico, porque sabe-se que as drogas lícitas, como álcool e psicotrópicos, embora sejam muito utilizados, não estão visíveis nas páginas dos jornais. As respostas desse quesito foram: álcool, *crack*, cocaína, *ecstasy*, LSD, maconha, dentre outras.

No que se refere à abordagem do tema, os diferentes codificadores classificaram as matérias como: com profundidade, superficial, ética, reforçadora de preconceitos e de privilégios, sensa-



cionalista. Destaque-se que as unidades de codificação são construídas de acordo com o escopo de pesquisa. Os resultados de cada categoria serão descritos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa resultou no total de 67 textos, sendo 35 de *A Gazeta* e 32 de *A Tribuna*. No jornal *A Gazeta*, dentre os gêneros jornalísticos, o informativo foi o mais expressivo, com 60% de notícias. Também no jornal *A Tribuna* o gênero informativo foi o mais representativo com 44%, mas as reportagens foram maioria, sendo quatro delas reportagens especiais. Ao comparar esses dados, é importante observar que o jornal *A Tribuna*, que tem características mais populares, dedicou mais espaço ao tema investindo em reportagens. Na caracterização dos gêneros jornalísticos, a reportagem é um texto mais elaborado, mais amplo, que vai além do lide, enquanto a notícia se caracteriza por responder às perguntas essenciais do lide. É importante ressaltar que o tema foi expressivo em ambos os jornais em termos de quantidade de vezes em que ele foi citado, porém a abordagem e a profundidade do assunto foram questionáveis, conforme se pode observar na discussão a seguir.

No que se refere à *disposição espacial* das matérias, em *A Gazeta* 51% delas estavam na editoria de Segurança e em *A Tribuna* 53% apareceram na editoria de Polícia. Não obstante, também em *A Gazeta* o tema foi abordado por um viés policiaisco, ou seja, o tema drogas foi visto como assunto de polícia; obviamente, não se pode negar que a problemática também seja de segurança pública, mas limitá-la a essa esfera é um equívoco, porque ela perpassa uma rede multifatorial que supera os limites das intervenções policiais.

No quesito de *identificação dos autores*, em *A Gazeta*, 53% das matérias foram assinadas por jornalistas. Já no jornal *A Tribuna*, 47% das matérias não foram assinadas e nem sequer consta a sua origem. Esse dado implica uma preocupação quanto ao modo de produção da notícia, uma vez que o jornal deve prezar pela credibilidade. Se não indicar ao leitor quem é o responsável pelo conteúdo, o veículo corre um sério risco de cair em descrédito. Nesse quesito, o jornal *A Gazeta* é mais cauteloso, ao apresentar um número significativo de matérias assinadas por jornalistas, com o e-mail destes junto a seus nomes, abrindo mais um canal de diálogo direto entre a redação e o leitor.

Quanto à presença de *ilustrações*, as fotografias foram preponderantes em ambos os jornais. No jornal *A Gazeta*, 54% dos textos não traziam ilustrações e 43% eram ilustradas com fotografias. No jornal *A Tribuna*, 68% das matérias foram ilustradas. Assim como *A Gazeta*, também *A Tribuna* utilizou a fotografia em maior escala como recurso iconográfico. Nesse tópico de ilustração das matérias, foi possível perceber algumas nuances importantes, como, por exemplo, uma reportagem publicada pelo jornal *A Gazeta*, com o título “*Personal trainer é preso por vender ecstasy*”

e LSD” (Carraretto, 2010a, p. 8). A reportagem foi ilustrada com uma foto composta por drogas, dinheiro, computador e uma balança de precisão. No texto constavam apenas as iniciais do nome do personagem, mesmo que ele já tivesse 28 anos de idade, tendo a jornalista informado que a Polícia Federal havia divulgado apenas as iniciais do suspeito. Foi no mínimo curioso observar que, no dia seguinte, outra reportagem publicada no mesmo jornal (Carraretto, 2010b, p. 11), pela mesma jornalista, relatava o episódio de uma jovem de 22 anos presa com 5 kg de *crack* na mochila da filha, trazia seu nome completo, além de fotos do rosto, da mochila e das drogas. Pergunta-se: seria mera coincidência o fato de o *personal trainer* ser morador de bairro nobre de Vitória e a mulher, uma desempregada residente de periferia? Esse fato permite questionar os critérios adotados pelos jornalistas para publicar ou não o nome de uma pessoa, para colocar ou não a foto dela. O que se percebe é que os jornais acabam por reproduzir os preconceitos existentes e também é sabido que ainda existem na corporação policial profissionais que tratam de maneira diferenciada as pessoas, de acordo com a sua classe social, e o que preocupa é que os jornalistas acabam reproduzindo e legitimando esse *apartheid* social.

Acerca do *caráter* educativo dos textos, em ambos os jornais 97% foram classificados como não-educativas. Em *A Gazeta*, 78% foram classificados como superficiais, enquanto que na *Tribuna* o índice de 88%. Esses dados merecem um olhar atento, visto que alguns questionamentos podem ser feitos sobre o que é considerado educativo. O que se classifica como superficial? Além disso, pode-se afirmar que também entra a subjetividade na análise de um texto. E assim por diante. Tais questionamentos foram levantados pelos colaboradores na roda de discussão. Por isso, estabeleceu-se que, na leitura e avaliação das matérias, alguns pontos deviam ser considerados. Quanto ao caráter educativo, atentou-se para o que conceitua Pfrom Netto (1972, p. 38):

Quatro funções básicas têm sido convencionalmente atribuídas aos MCM: informar, divertir, persuadir e ensinar. A primeira diz respeito à difusão de notícias, relatos comentários etc. Sobre a realidade, acompanhada, ou não, de interpretações ou explicações. A segunda função atende à procura de distração, de evasão, de divertimento, por parte do público. Uma terceira função é persuadir o indivíduo – convencê-lo a adquirir certo produto, a votar em certo candidato, a se comportar de acordo com os desejos de um anunciante. A quarta função – ensinar – é realizada de modo indireto ou direto, intencional ou não, por meio de material que contribui para a formação do indivíduo ou para ampliar seu acervo de conhecimentos, planos, destreza etc.

Quanto à *profundidade* da notícia, observou-se a quantidade de fontes citadas, quais pessoas e instituições foram referenciadas, bem como a abrangência do tema. Por exemplo, os jornais denunciaram que, a cada dia, mais mulheres e crianças estão se tornando vítimas das drogas, como usuárias, como vendedoras e/ou como transportadoras do produto. A matéria que abordou a temática fez alguma alusão aos fatores socioculturais que podem contribuir para que esse público seja cada vez mais vulnerável? Ou seja, apresentou elementos complementares e não apenas as respostas às perguntas do lide clássico – O quê? Quem? Quando? Onde? Por quê? Como?



Esses foram os critérios adotados para a análise dos textos quanto ao caráter educativo e à profundidade de abordagem do tema.

No que diz respeito aos *descritores temáticos* ou *motes*, em ambos os jornais o foco foi dado na denúncia e apreensão: o jornal *A Gazeta*, com 56%, e o jornal *A Tribuna*, com 47%. Esses dados também são preocupantes, uma vez que se sabe que o tema drogas abrange uma complexa discussão, que vai para além da segurança pública. Esse discurso que se constrói acaba por culminar em ações isoladas e por vezes equivocadas. Veem-se diariamente notícias sobre políticas de repressão ao tráfico que são realizadas a partir de parâmetros quantitativos, destacam-se a quantidade de pessoas envolvidas com o tráfico e consumo de drogas, o número de crianças cada vez mais pequeninas sendo vítimas, a quantidade de apreensão que são realizadas em um dia. Todos esses elementos devem ser acompanhados de sérias discussões, para as intervenções não serem feitas de maneira isolada. Espera-se que o jornalismo possa criar uma pedagogia a fim de que as pessoas, ao se informarem, tenham elementos para construir a sua opinião e fazer escolhas.

Cabe aqui mencionar uma metáfora do professor Apolo Heringer (2011) sobre o Rio das Velhas. Ele comparou algumas estratégias da saúde pública brasileira com um rio bem poluído, no qual os peixes estão todos adoecendo. Pesquisadores identificaram que um peixe está com problemas oftalmológicos. Para resolvê-los, fazem-se vultosos investimentos em cirurgia e tecnologia, para, no final, colocar óculos no peixe e o devolver para o mesmo rio poluído que o fez ficar doente. Ou seja, não basta fazer a intervenção isolada. Também é preciso, concomitantemente com a intervenção direta na saúde do peixe, despoluir o rio. Essa metáfora é bem pertinente diante das experiências fracassadas de determinadas políticas públicas, principalmente aquelas voltadas para a questão do combate ao consumo e tráfico de drogas. Isso tem revelado que não basta abrir clínicas de desintoxicação e internar as pessoas que têm dependência química. São necessárias ações conjuntas para evitar retirar a pessoa de um ambiente adoecedor, “recuperá-la” e posteriormente devolvê-la para o mesmo ambiente, o que não solucionaria o problema.

No caso dos menores em situação de risco, as instituições nas quais eles são internados, na maioria são espaços pouco acolhedores. Algumas se convertem em verdadeiras escolas da criminalidade, onde o garoto muitas vezes entra em uma condição e sai com alto nível de periculosidade. A fala de um entrevistado, identificado por Z, ao jornal *A Gazeta*, na reportagem “O peso do delo da violência que chega ao interior” (Vogas, 2010) ilustra bem essa questão: “Faltam espaços socioeducativos. Não adianta trazer polícia para a cidade se não trouxerem emprego. Podem trazer um exército, mas, se não tiver trabalho, o sujeito vai roubar pra comer”. Esse depoimento consta de uma reportagem sobre a chegada das drogas nas cidades interioranas do estado do Espírito Santo. Dessa mesma matéria cabe ressaltar a fala de Adamir de Oliveira presidente da associação de moradores da cidade de Ibatiba (ES), “Onde falta infraestrutura, o tráfico se ins-

tala” (apud Vogas, 2010). Com base nessas falas, é possível questionar as ações que o Estado tem adotado para promover a saúde e evitar que principalmente crianças e jovens sejam vítimas.

Sobre as *fontes consultadas*, no jornal *A Gazeta* 65% são policiais, ou seja, são fontes oficiais da segurança pública. No jornal *A Tribuna*, as fontes também são na maioria da corporação policial e 35% das matérias não fazem referência a fonte alguma. Esses dados se concatenam com a questão que pontuamos: a construção do discurso repressivo em torno de um tema que deve envolver a sociedade civil como um todo e, de modo especial, as instituições formadoras de opinião, como, escolas, universidades, instituições religiosas, grupos da sociedade civil organizada.

Na questão sobre os tipos de drogas mais mencionadas, no jornal *A Gazeta* são maconha, crack e cocaína, todas com 28% de referências. E no jornal *A Tribuna* a cocaína saiu na frente, com 41%, seguida do crack, com 28%. O que chama a atenção é que pouco se ouve falar sobre a questão do álcool e dos psicotrópicos, que são grandes causadores de problemas para a saúde pública no Brasil.

Na questão sobre os *tipos de drogas* mais mencionadas, no jornal *A Gazeta* são maconha, crack e cocaína, todas com 28% de referências. E no jornal *A Tribuna* a cocaína saiu na frente, com 41%, seguida do crack, com 28%. O que chama a atenção é que pouco se ouve falar sobre a questão do álcool e dos psicotrópicos, que são grandes causadores de problemas para a saúde pública no Brasil.

Sobre a *abordagem do tema*, em *A Gazeta* 10% dos textos versavam sobre o envolvimento de crianças e adolescentes com entorpecentes e 12% falavam da violência envolvendo menores, cifra que foi de 9% em *A Tribuna*. Esses personagens foram retratados em algumas matérias, porém não como o assunto principal, aparecendo só em segundo plano. Destaca-se aqui a matéria “Vendas de drogas com bebê no colo” (*A Tribuna*, 2010). A reportagem dá conta de que um bebê de um mês e dois dias foi utilizado como escudo de um casal de namorados, do qual a mulher era uma adolescente de dezessete anos. O casal foi detido e o bebê, entregue à mãe, que era prima da adolescente.

Lia-se na reportagem “Tio e sobrinho assassinados em casa, na Fonte Grande” (*A Gazeta*, 2010a): “O desempregado José Pereira dos Santos Filho, 29 anos, e o sobrinho dele, o estudante Dênis dos Santos, 15, foram assassinados com tiros na cabeça, dentro de casa, na madrugada de ontem, no Morro da Fonte Grande, no Centro de Vitória”. A reportagem narrava com detalhes o ambiente do crime e descrevia o sofrimento da mãe do adolescente e da viúva, limitando-se ao drama fatídico.

A matéria “Adolescentes são presos por venda de drogas” (*A Gazeta*, 2010b) dizia: “Cinco adolescentes foram detidos pela Polícia Militar, na tarde de ontem, suspeitos de tráfico de drogas”. Essa notícia tinha as características de um boletim de ocorrência da polícia, mostrando apenas o relato do fato sob a versão policial.



“Adolescente é executado com 15 tiros na cabeça” (Rodrigues, 2010) era o título de matéria de *A Tribuna* sobre um adolescente, “identificado pela polícia apenas como Charlinho”, morto “às 11 horas de ontem, no bairro Jardim Carapina, na Serra”. O homicídio foi narrado como “uma tragédia a mais, mais um crime sem explicação, um pobre adolescente, ou um adolescente pobre, brutalmente assassinado, cujo corpo foi levado ao Departamento Médico Legal, onde aguarda o reconhecimento da família”.

Em “Sexo, drogas e assaltos nos terminais do Transcol” (Celso Júnior, 2010), *A Tribuna* escrevia: “A falta de policiamento é apontada como um dos principais motivos da violência. Outras situações vistas por quem frequenta os terminais, são o tráfico de drogas e a prostituição. Há relatos de adolescentes que usam os terminais como ponto de encontro para programas sexuais com passageiros. Em dois dias percorrendo os terminais do Transcol, a reportagem de *A Tribuna* flagrou diversos crimes sendo praticados nos locais, como uso de drogas, tráfico e furtos praticados por crianças. Na tarde da última quarta-feira, por exemplo, no Terminal de Laranjeiras, na Serra, três crianças chamavam a atenção de comerciantes em meio a uma grande aglomeração de pessoas. Eram três meninas com idades entre 7 e 10 anos, já conhecidas no local por conta da prática de furtos. Elas agem sorrateiramente e levam mercadorias, aproveitando-se da distração dos vendedores. As meninas roubam e fogem a pé pelas vias laterais do terminal”.

Diante da violência que é retratada nessa grande reportagem, a fala dos usuários está centrada no medo. Todos os entrevistados declararam sentir medo, enquanto que os comerciantes reclamam da falta de policiamento.

Os fragmentos citados servem para fomentar as reflexões acerca da temática. Diante do cenário apresentado se pode concluir que, ante a omissão do Estado, o tráfico se faz presente. Cada dia, mais crianças, adolescentes e mulheres estão sendo cooptadas pelo crime. A sociedade torna-se refém e panóptica. Assim, resta-nos responder a estas perguntas: o que fazer para enfrentar esses problemas? Como a mídia pode contribuir no enfrentamento dessas questões?

A experiência tem mostrado que apenas reprimir não é suficiente. Quanto às crianças e adolescentes, uma dura realidade foi revelada pela coordenadora da Casa de Liberdade Assistida Presença e Vida, Maria Aparecida Guimarães. Ela atestava que, apesar dos esforços das instituições para orientar os adolescentes envolvidos com drogas, o descaso do poder público é a maior barreira a ser enfrentada. O manejo desses adolescentes é permeado por jogo de interesse e pela discriminação. As penas não são aplicadas de acordo com a lei ou, melhor, a lei funciona apenas para os mais frágeis. As instituições públicas que deveriam oferecer retaguarda a esses menores os tratam com descaso, tornando esses ambientes pouco atrativos ou em alguns casos tão perigosos quanto um presídio comum. O que deveria ser um espaço socioeducativo torna-se uma “academia do crime”.

Nesse contexto deveriam entrar os meios de comunicação, denunciando os abusos e controlando os três poderes. Ao perceber a fragilidade da mídia, a sociedade civil precisa entrar em ação



como o “quinto poder”, conforme preconiza Ignácio Ramonet (2003). O quinto poder deve nos permitir opor uma força cívica cidadã à nova coalizão dominante. Sua função seria denunciar o superpoder dos meios de comunicação, dos grandes grupos midiáticos, cúmplices e difusores da globalização liberal. Esses meios de comunicação que, muitas vezes deixam de defender os cidadãos, quando não atuam contra o povo em seu conjunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhar o trabalho da mídia é uma preocupação emergente, que vem se fortalecendo a cada dia com a criação dos observatórios de mídia, os quais são classificados como instâncias de supervisão midiática, vigiando a atividade dos meios de comunicação e atuando na sua revisão crítica.

Há quem diga que eles constituem uma espécie de quinto poder, aquele que se ocupa da fiscalização dos meios de comunicação e dos profissionais que ali atuam. Um novo contrapoder, já disse Ramonet (2003), capaz de oferecer uma ‘arma coletiva’ à sociedade nesses tempos de tirania da comunicação. Surgidos há poucos anos, os observatórios são instâncias de supervisão midiática que vigiam a atividade dos meios de comunicação. Mesmo que esta seja a sua função primeira, a versatilidade dessas instâncias tem permitido ampliar o repertório de suas atuações (Christofolletti; Herrera, 2006, p. 150).

Espera-se também que este estudo possa oferecer alguns elementos para fomentar na sociedade brasileira uma discussão sobre o tema drogas. Um dado importante é a compreensão de que as políticas públicas voltadas para o controle do tráfico e do consumo de entorpecentes devem ser analisadas sob perspectivas diversas. O assunto merece ser apresentado e discutido nos ambientes acadêmicos e nas instâncias sociais.

O jornalismo tem um papel preponderante nesse contexto. Critica-se o jornalismo porque se acredita na sua potência. O discurso jornalístico tornar-se-á mais inteligente se for compartilhado com leitores críticos e inteligentes, que não aceitam as “verdades” como absolutas, mas passíveis de serem discutidas e questionadas. Cabe ao jornalismo uma importante função social. É por isso que ele não pode cair na banalização e ficar na mesmice do informar-por-informar, mas deve ser um grande provocador de debates que vão ao encontro das demandas sociais.

Um dado alentador diante desse cenário é que a saúde pública vem tratando da temática com a necessária seriedade.

No artigo “Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas”, Vânia Alves (2009) afirma que, enquanto as políticas proibicionistas concentram esforços na redução da oferta e da demanda de drogas ilícitas, as políticas e os programas de redução de danos têm disseminado intervenções orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de drogas sem a pretensão de coibi-lo.



O foco deste estudo esteve centrado na preocupação de acompanhar a produção jornalística, para que a sociedade não seja alijada de seu direito de ser informada. Ela precisa participar do debate das políticas públicas para o enfrentamento de questões relacionadas com o consumo e o tráfico de substâncias psicoativas. Essas questões devem ser pensadas numa perspectiva da governança social.

Como vimos, não apenas no caso da cobertura de temas relacionados a drogas, mas sobretudo a elas, já passou o tempo de os jornalistas ficarem apenas presos às questões levantadas pelo lide (O quê? Quem? Quando? Onde? Por quê? Como?). Elas, na verdade, não respondem a quase nada. Somente “mostram” e, em muitos casos, reproduzindo e perpetuando uma visão estereotipada dos problemas. Uma efetiva mudança no papel do jornalismo em relação às questões sociais só virá quando for incluída ao lide clássico uma sétima pergunta: e daí?

REFERÊNCIAS

A GAZETA. Tio e sobrinho assassinados em casa, na Fonte Grande. *A Gazeta*, Vitória (ES), 22 jul. 2010a.

_____. Adolescentes são presos por venda de drogas. *A Gazeta*, Vitória (ES), 2010b.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009.

A TRIBUNA. Vendas de drogas com bebê no colo. *A Tribuna*, Vitória (ES), 16 jul. 2010.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CARRARETTO, Glaciére. *Personal trainer* é preso por vender ecstasy e LSD. *A Gazeta*, Vitória (ES), 06 jul. 2010a.

_____. Jovem é presa com 5 quilos de crack na mochila da filha. *A Gazeta*, Vitória (ES), 07 jul. 2010b.

CELSO JÚNIOR. Sexo, drogas e assaltos nos terminais do Transcol. *A Tribuna*, Vitória (ES), 26 jul. 2010.

CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. B. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 2, out. 2006. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000600004>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

CHRISTOFOLETTI, Rogério; HERRERA, Suzana. Topología de los observatorios de medios en Latinoamérica. *Palabra Clave*, v. 8, n. 2, p.153-174, 2005.



HERINGER, Apolo. *Informação e comunicação em saúde*. [Palestra]. Rio de Janeiro: Biblioteca da Fiocruz, 26 maio 2011.

KRIPPENDORFF, Klaus. *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. Barcelona: Paidós. 1993.

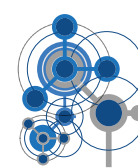
PFROM NETTO, Samuel. *Comunicação de massa*. São Paulo: Pioneira / Edusp, 1972.

RAMONET, Ignacio. Fiscalización ciudadana a los medios de comunicación: el quinto poder. *Le Monde Diplomatique*, Paris, out. 2003. Disponível em: <<http://www.geocities.com/lospobresdelatierra2/altermedia/ramonet151003.html>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

RODRIGUES, Mylla. Adolescente é executado com 15 tiros na cabeça. *A Tribuna*, Vitória (ES), 18 jul. 2010.

VOGAS, Vitor. O pesadelo da violência que chega ao interior. *A Gazeta*, Vitória (ES), 26 jul. 2010.

Recebido em: 06.03.2012 / Aceito em: 19.04.2012





Marketing social en salud para migrantes mexicanos em Estados Unidos y México: diferencias y puntos de acuerdo

Social marketing on health for Mexican immigrants in the U.S. and in Mexico: differences and points of consensus

Marketing social em saúde para migrantes mexicanos nos Estados Unidos e no México: diferenças e pontos de consenso

Janet García González

- Doctora y maestra en Comunicación por la Universidad Veracruzana, México
- Especialista en Comunicación y Desarrollo
- Coordinadora de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Comunicación Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), México
- Miembro de Comunicación y Salud – Red Internacional de Investigadores en Comunicación y Salud
- Temas de interés: investigación en comunicación y desarrollo, comunicación y salud pública, epidemiología
- E-mail: janetgarcia71@yahoo.com.mx



Resumen

El objetivo de este texto es reflexionar sobre las diferencias y puntos de acuerdo que surgen a partir del análisis comparativo sobre estrategias de marketing social mexicanas y estadounidenses para la salud del migrante. El diseño es cualitativo, siendo utilizada la técnica de recolección por entrevistas semiestructuradas aplicadas a 21 informantes claves, funcionarios de instituciones de salud en México y Estados Unidos involucrados con programas y/o campañas relacionadas con migrantes. Las actividades de promoción y marketing social son hasta el momento aisladas, la propuesta es comunicación para la salud, ya que su significación se incluye en ambos.

PALABRAS CLAVE: MARKETING SOCIAL • MIGRACIÓN • COMUNICACIÓN Y SALUD • CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN

Abstract

The purpose of this text is of pondering on the differences and points of agreement that arise from the use of the comparative analysis of the Mexican and U.S. social marketing strategies for immigrant health. The design is qualitative, with use of the technique of gathering from semi-structured interviews applied to 21 key informants, employees of health institutions in Mexico and the U.S. involved in programs and/or campaigns related to immigrants. The promotion and social marketing activities are so far segregated, the proposal is of communication for health, since its meaning includes both.

KEYWORDS: SOCIAL MARKETING • IMMIGRATION • COMMUNICATION AND HEALTH • PROMOTION CAMPAIGNS

Resumo

O objetivo deste texto é refletir sobre as diferenças e pontos de consenso que surgem da análise comparativa sobre estratégias de marketing social mexicanas e estadunidenses para a saúde do migrante. A abordagem é qualitativa, tendo-se utilizado a técnica de coleta de dados por entrevistas semiestructuradas aplicadas a 21 informantes-chave, funcionários de instituições de saúde no México e nos Estados Unidos envolvidos com programas e/ou campanhas relacionadas com migrantes. As atividades de promoção e marketing social são até o momento isoladas, sendo a proposta a comunicação para a saúde, já que sua significação se inclui em ambas.

PALAVRAS-CHAVE: MARKETING SOCIAL • MIGRAÇÃO • COMUNICAÇÃO E SAÚDE • CAMPANHAS DE PROMOÇÃO



En las últimas décadas el marketing ha trascendido el planteamiento único de que su existencia se encuentra en una relación de venta de productos tangibles al consumidor, hacia la noción de marketing social¹, entendido como un proceso cuyo objetivo es cambiar el comportamiento individual, utilizando principios de comercialización destinados a promover intervenciones que mejoren un bien social (Tan et al., 2010, p. 727-734).

El marketing social aplicado a la salud está emergiendo con fuerza en los últimos años con el objeto de incrementar la concienciación pública y promover cambios en las conductas de las personas (Beerli-Palacio; Martín-Santana; Porta, 2008, p. 27-36). El marketing social puede ser una herramienta eficaz para lograr objetivos de salud pública (Pirani; Reizes, 2005, p. 131-138); con frecuencia éste es un proceso viable, pero parece que hay bastante confusión respecto a lo que es, lo que razonablemente se puede esperar que hacer, y cómo ha de hacerse (Brad et al., 2003).

Ante ello, la promoción de la salud tiene cabida en este quehacer del marketing, ya que se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad, y cuyo objetivo es capacitar a la gente para la adquisición de mayor control sobre su salud a través de la acción intersectorial.

En la revisión efectuada por James y Jim Lindenberg (2001, p. 2-3) sugiere que el “marketing” está involucrado en “promoción de la salud”; pero sostiene que las intervenciones de promoción de la salud a menudo carecen de un plan global de marketing y de una insuficiente integración de sus componentes para hacer que el proceso sea verdaderamente estratégico.

Una vertiente de las más frecuentemente utilizadas del marketing social en salud es la administrativa, llamada “marketing de servicios de salud” (Losada; Rodríguez, 2007, p. 237-258), cuya estrategia es orientar la organización provisor de tales servicios hacia al mercado. Por eso la gestión debe practicarse en dicho sentido y para ello han de conceptualizar los servicios como productos que se suministran a los pacientes, tomando en cuenta la perspectiva de éstos respecto a aquéllos.

Más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en condiciones decorosas de vida y de trabajo, educación libre y medios adecuados de reposo y recreación, así como a la tarea de lograr el acceso de toda la gente, misión primordial de la salud pública. Por tanto, la política de prevención (que implica la educación de la gente para que cuide su salud) es de suma importancia y la política de curación debe situarse en el último lugar pues sólo debía aplicarse en el caso de fallar la política de prevención (García González, 2008, p. 116).

Un ejemplo de población que podría beneficiarse de este tipo de políticas establecidas de salud es la migrante, cuyas condiciones se caracterizan por los más bajos niveles de cobertura de seguridad médica, lo que obstaculiza un monitoreo regular de su estado de salud.

¹ Se señala el año 1971 como fecha de acuñación del término marketing social, cuando Philip Kotler y Gerald Zaltman publicaron, en *The Journal of Marketing*, el artículo denominado “Social marketing: an approach to planned social change”, refiriéndose al uso de principios y técnicas para hacer progresar una idea o conducta social.



Un ejemplo de población que podría beneficiarse de este tipo de políticas establecidas de salud es la migrante, cuyas condiciones se caracterizan por los más bajos niveles de cobertura de seguridad médica, lo que obstaculiza un monitoreo regular de su estado de salud. El elevado nivel de desprotección de la población mexicana en los Estados Unidos se relaciona con su elevada concentración en actividades poco calificadas y de baja remuneración, las cuales, en general, no incluyen la prestación de beneficios por parte del empleador. Al propio tiempo, en México se requiere redoblar esfuerzos para atender las necesidades de salud de la población migrante y sus familias en todas las etapas del proceso migratorio. Si bien ya se llevan a cabo programas orientados a mejorar el acceso de los migrantes mexicanos a los servicios de salud, resulta crucial implementar una política integral de provisión de salud (Leite; Castañeda, 2009, p. 117-128).

No se debe olvidar que México y los Estados Unidos comparten una población transnacional equivalente al 12% de la población de México (Ortiz, 2010). El crecimiento inexorable de esta población ha ocurrido en ausencia de un marco regulatorio o de una política compartida que asegure beneficios mutuos y el bienestar de migrantes y de sus familias, tanto en Estados Unidos como en las comunidades de origen. Esta situación tiene implicaciones serias con respecto a su bienestar, sobre todo en el caso del acceso a la salud pública y a los servicios médicos, aunado a retos financieros en ambos lados de la frontera.

A consecuencia, la intervención del Estado Mexicano busca desarrollar sistemas de información para la salud a los migrantes por medio de sus organizaciones; otorgar atención a la salud de éstos en las unidades médicas del sector en el lugar de origen, traslado y destino identificadas como fases de atención; realizar acciones de prevención de enfermedades; establecer convenios de cooperación bilateral México- Estados Unidos, entre otros.

El marketing social juega un papel primordial para la planeación de acciones de prevención y promoción de salud en ambos países. La herramienta permite el estudio de la problemática de salud de la población transnacional cuyos factores de riesgo están relacionados a las diferentes etapas de su movilización: desde el origen, durante el traslado y en el destino final.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio con diseño cualitativo, tomando a la entrevista semi estructuradas. Se entrevistaron un total de diecisiete informantes claves de instituciones de salud pública (públicas y privadas) mexicanos y de Estados Unidos (ver cuadro n. 1); con el objetivo de explorar la conceptualización del marketing social, así como el desarrollo y descripción de las campañas relacionadas en programas de salud para migrantes.



El perfil de los informantes para México fue de personas laborando dentro de los programas de salud, como “Vete sano, regresa sano”, de la Secretaría de Salud (SNS, 2007) y “Bienvenido paisano” (GS, 1989), y las regidurías de salud de algunos municipios, pertenecientes a los estados de mayor saldo migratorio hasta el 2004, como fueron: Baja California, Distrito Federal, México, Puebla y Veracruz (Conapo, 2004); un informante proveniente de la Secretaría de Salud a nivel federal y uno oficial internacional en promoción de la salud de la oficina de la frontera México-Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud (Opas).

Para el caso de Estados Unidos, los informantes participaban en la conducción de campañas de marketing social de forma activa en las agencias del Estado de California, del condado de San Diego, y una privada (cuadro n. 1).

**Cuadro 1 – Características de los entrevistados
y campañas de marketing social de México y Estados Unidos**

Características	México	Estados Unidos
Grado académico	3 maestrías en salud pública 1 maestría en ciencias médicas 1 maestría en ciencias 1 maestría en administración pública 1 licenciado en derecho 1 licenciado en psicología 1 licenciado. en nutrición 1 BA / BS	1 BA / BS ² 4 MA / MS / MPH ³ 3 doctorado (marketing social)
	4 MA / MS / MPH 3 doctorado (marketing social)	
Puesto	Coordinadores internacionales, estatales, jurisdiccionales y municipales	Coordinadores de campañas de marketing social
Programa	Promoción de la salud Programa “Vete sano, regresa sano” Salud municipal	3 del estado de California (CDPH) 4 de condado 1 privada
Tiempo de afiliación (años – promedio)	5 años promedio (rango de 0 a 5 años)	10 años (rango de 5 a 20 años)
Experiencia en el área (porcentaje)	50%: No tiene 50%: Sí, tiene	100 % Si tiene

² El grado de bachelor, ya sea en ciencias (BS) o en artes (BA), es donde el alumno tiene experiencia universitaria en un programa de cuatro años, pero no tiene una especialización tan acentuada como un "licenciado" en México.
³ Maestría en administración, ciencias y salud pública.

Tipo de entrenamiento	2 maestría en marketing 1 licenciado en comunicaci- ón	6 En el trabajo 7 Formal 4 Ambos
No. de staff (promedio)	5 personas (rango de 1 a 8 años)	16 personas (rango de 1 a 18 años)
Presupuesto para activida- des del último año (rango)	Nivel internacional: 100.000 dólares Nivel estatal: 800.000 pesos a 1.200.000 pesos Nivel jurisdiccional: 50.000 pesos Nivel municipal 800.000 pesos	107 millones de dólares por la agencia
Tipo de campaña en MS úl- timos tres años	Campañas binacionales Prevención de accidentes VIH Sida	Siete de las ocho organiza- ciones indicaron dirigida a los latinos, tanto en sus cam- pañas actuales y anteriores
Campañas de difusión	Radio Televisión Comunicación alternativa	

Fuente: Elaboración propia

La guía para la entrevista se basó en tres campos semánticos: salud, migración y marketing. La construcción de las categorías de análisis se definieron por los equipos binacionales de investi- gación durante dos estancias de investigación (ver cuadro n. 2).

Cuadro 2 – Tabla de categorías más representativas del estudio

Categorías	Definición operacional	Temas
Causa social (Tan et al., 2010)	Objetivo social que los agen- tes de cambio consideran que ofrecerá una respuesta acerta- da a un problema social.	Expectativas que tiene el ma- rketing social (MS) para la re- solución de problemas de sa- lud dentro de las actividades de promoción de la salud Procesos de la organizaci- ón para priorizar o aplicar las campanas de MS en temas de salud Criterios en su organización para la planificación del desar- rollo de campanas de MS Campañas de MS que se apli- can actualmente

Estrategia de cambio (Forero Santos, 2009)	La dirección y el programa adoptados por un agente de cambio para llevar a cabo el cambio en las actitudes y conducta de los destinatarios.	Campaña (elementos, proceso de planeación, barreras en la implementación de las campañas de MS) Cambios estructurales comunitarios que se han detectado a consecuencia de la implementación de campañas de MS
Marketing social para migrantes	Segmenta en grupos homogéneos que son el blanco de los mensajes desarrollados a la medida de sus cualidades compartidas	Experiencia en el desarrollo de campañas de MS con migrantes Objetivo del MS en poblaciones migrantes Vínculo con organizaciones binacionales

Fuente: Elaboración propia

La técnica de análisis de la información se desarrolló bajo la propuesta de Gilberto Giménez (1981, p. 122-123), llamada análisis del discurso argumentativo. Se realizó en dos planos complementarios: uno sintagmático y otro paradigmático. En el primero se trata de reconstruir analíticamente el proceso de esquematización de la realidad operado por el discurso. En el segundo se intenta identificar y explicitar el esquema o paradigma ideológico latente a partir del cual se produce el proceso argumentativo.

RESULTADOS

Para los informantes mexicanos, el concepto de marketing social no tiene una significación familiar explícita, posiblemente porque el sistema de salud no tiene definidas actividades de marketing social en su estructura orgánica. Sin embargo los entrevistados ligan la idea de marketing social con las actividades de promoción de la salud, que sí se encuentra definida en la organización y se define como herramienta para la prevención de enfermedades, comprende acciones de difusión y uso de materiales de comunicación educativa, masiva, comunitaria e individual dirigidas a una población objetivo.

La evaluación del impacto de las actividades de promoción se mide con indicadores cuantitativos que son reportados al nivel superior correspondiente, el único indicador cualitativo que se identifica se basa en qué tanto el migrante tiene conocimientos sobre temas de salud.

Para los entrevistados en el estado de California, el marketing social se determina por actividades de *mix* de marketing.



El marketing social y la promoción de la salud

Un punto de acuerdo destacable entre los funcionarios de ambos países es que tanto el marketing social como la promoción de la salud son herramientas que ayudan a motivar el auto cuidado y permiten la adopción de estilos de vida saludables entre la población objetivo. Éstos incluyeron conceptos que se relacionan con los programas y las campañas a cargo como: educación para la salud, medios masivos de comunicación, promoción y comportamientos saludables. Sin embargo se considera que el uso de las herramientas de promoción y marketing son sólo una parte de la estrategia para obtener resultados.

Desarrollo de campañas

En ambos países se identifican dos aspectos que obstaculizan la realización de campañas. La primera es la falta de capacitación y la segunda, la insuficiencia de fondos. Mientras México cuenta con un rango de recursos de entre 50.000 pesos a 1.200.000 pesos, en el estado de California se otorgan 107 millones de dólares, por agencia o institución. Por otro lado, los funcionarios de México apuntan que la mayor parte de los recursos se ocupan para la difusión de información, dejando con muy poco presupuesto otras actividades que se relacionan con campañas de marketing social.

Los procesos de aplicación y priorización de las campañas

En México las campañas se implementan mediante la vinculación interinstitucional, esto es, se desarrolla la estrategia a nivel federal y se la envía por niveles estatal, jurisdiccional y operativo; priorizan el diagnóstico epidemiológico para focalizar sus acciones (mortalidad como factor definitivo) y los indicadores de bienestar y de salud. Los mecanismos de evaluación se fundamentan en parámetros ya establecidos, como el logro de metas cuantitativas. El desarrollo de las campañas se realizan en dos momentos: primero, con la elección de la población objetivo; y, segundo con la selección de las estrategias adecuadas orientadas hacia la educación y prevención para la salud.

En contraste, en el estado de California, se determina un objetivo desde el análisis de la población para la realización de campañas específicas. Identifican y segmentan la población objetivo por grupo étnico, edad, ubicación geográfica, región, tipo de la comunidad, sensibilidad cultural, creencias y comportamientos.



Desarrollo de mensajes

En México, el área de promoción de la salud construye y desarrolla mensajes de manera unidireccional por departamentos administrativos (federal, jurisdiccional y centros de salud). Cada uno de ellos cuenta con infraestructura, recursos materiales y humanos para llevar a cabo las actividades de promoción. Sin embargo, los entrevistados coinciden en la insuficiencia de éstos y reconocen de sí algunas inconsistencias con la visión y capacitación profesional. La difusión de los mensajes es la tarea más común y es realizada por medio de materiales gráficos y mensajes radiofónicos.

Para el estado de California, el mensaje es interactivo, o construido a sí mismo con información recibida de la población. Una campaña no se ejecuta hasta que se aprueben los mensajes por la misma comunidad mediante el uso de metodologías cualitativas y cuantitativas como grupos focales, sondeos de opinión y por pruebas piloto para dar legitimidad a los mensajes. Todo ello constituye herramientas de marketing cuyo enfoque en problemas sociales sirve para garantizar que la campaña sea culturalmente apropiada en el contenido y el objetivo. Se difunde a través de las nuevas tecnologías y mensajes radiofónicos.

Implementación del marketing social

Se reporta que en México no existe planificación para la elaboración de este tipo de campañas y que, al contrario, éstas son improvisadas de acuerdo a las contingencias presentadas. Sin embargo, se fomenta la colaboración interinstitucional y la participación de la población, procesos que requieren de planificación y que comparten las campañas californianas.

En México reportan campañas realizadas en temporadas de retorno de los migrantes (fiestas culturales, familiares y periodos vacacionales), mientras que en el estado de California se llevan a cabo estas actividades en forma continua. Para la implementación de campañas de marketing social en el estado de California se realiza una planificación previa a la implementación de cualquier programa nuevo.

Actualmente, en el estado de California se están implementando estrategias no tradicionales, llamadas marketing de “guerrilla” – que significa la difusión de mensajes de salud por medios de comunicación o en sitios que normalmente no se consideran por campañas de marketing tradicionales. Algunos ejemplos de este marketing denominado “guerrilla” incluyen calcomanías en los baños y bares/antros o mensajes escritos en las banquetas, así como anuncios macros (es decir, que forran) en los autobuses.

Existen varios obstáculos que México enfrenta en la implementación de campañas de marketing social. Por una parte, la falta de fondos para elaborar y difundir campañas de mercadotecnia so-



cial resulta ser un gran reto en la aplicación de esta metodología; por otra, la escasez de recursos económicos se traduce en una baja calidad y diversidad de materiales de difusión, así como en el número de distribución de los mismos.

En el estado de California se experimentan otras barreras, como, por ejemplo, los errores en la coordinación del personal por parte de las compañías que reciben contratos para diseñar ciertos aspectos de las campañas, la desvinculación con instituciones no gubernamentales y el manejo inadecuado de los materiales que forman parte de las campañas. En México se identifica como barrera la falta de reconocimiento de la población migrante que no permite identificar las necesidades de salud de éstos.

Evaluación

En los estados de California y México, se encontró que el proceso final de evaluación de las campañas de marketing social, es decir, la medición del impacto, es difícil de realizar. México reporta una nula actividad de evaluación. Esto se debe en parte a la falta de parámetros de medición que permitan deducir el éxito que pudiera tener algún programa de promoción. Sin embargo, consideran que es importante el uso de los medios masivos de comunicación para que este tipo de campañas sean exitosas. Además, ambos países reportan una escasez de recursos de personal calificado para llevar a cabo un programa de evaluación de las diferentes campañas que se inician, traducándose esto en una barrera compartida.

En el estado de California, se reconoce la importancia del proceso de evaluación. Se reportan varias estrategias, algunas más rigurosas que otras, dependiendo de los datos recopilados. Las metas principales de la evaluación incluyen examinar cambios en comportamientos y conocimientos de los migrantes. Las barreras con que se enfrentaron al desarrollar la evaluación fue la pobre calidad de los datos recopilados, falta de recursos económicos para desarrollar un plan de evaluación minucioso, además de cambios en las políticas públicas que, por consiguiente, impactan directamente a los migrantes y los latinos que residen en los Estados Unidos y, más concretamente, en el estado de California. Dado que los presupuestos para campañas de marketing social tienden a ser pequeños, la falta de datos que apoyen al desarrollo de campañas en el futuro también perjudica la posibilidad de obtener financiamiento para estas actividades por parte de fundaciones privadas.

Definición del migrante

Existe una diferencia de perspectivas en cuanto a este tema. En México no se obtuvo una definición en concreto, mientras que en el estado de California este tema sobresalió. Se considera que



los migrantes pueden describirse en cuanto a cuatro cualidades: 1) su perfil laboral; 2) sus antecedentes familiares como migrantes; 3) sus características sociales y morales; 4) por último, sus características de inmigración al país. Es necesario además notar aquí que la falta de claridad sobre este término podría influir en las políticas públicas para proteger la salud de los migrantes que se desarrollan e implementan en cada país.

CONSIDERACIONES FINALES

El marketing social, según Richard K. Manoff, 2007), ha sido una herramienta utilizada de manera estratégica con la finalidad de generar e influir cambios conductuales y de comportamiento en salud para el público objetivo. California y México comparten el mismo público meta, los migrantes. Por ello se determinó la situación en la que se encuentran analizando su conceptualización, su proceso, elementos que la integran, identificando las necesidades y barreras sociales para lograr su cometido, entre otros.

La implementación de actividades de promoción de la salud y de marketing son hasta el momento aisladas. El uso de otras disciplinas podría enfocar el problema desde varias miradas y dar cavidad a la unificación de conceptos, tareas y objetivos de modo que la población y, en este caso, los migrantes sean más susceptibles a la modificación de actitudes, intereses, sentimientos y creencias, lo que reflejará una serie de beneficios a mediano y largo plazo de toda la sociedad.

Respecto a la unificación de conceptos se nota en México una mayor identificación de la palabra de promoción de la salud con nula distinción respecto a marketing social. De este modo se maneja marketing social igual que promoción de la salud. A pesar de ello, una de las consistencias que se obtuvo en ambos países del estudio fue alentar el cambio de comportamiento.

La complejidad de los retos que se enfrentan en el terreno de la salud hace que sea prioritario un trabajo concertado y multidisciplinario, capaz de identificar los múltiples aspectos en los que es necesario intervenir. Para ello parece conveniente unificar criterios y ampliar el campo de cavidad de conceptos ampliamente utilizados en el campo de la salud, como promoción de la salud, marketing social, educación para la salud. La propuesta es comunicación para la salud, ya que en su significación se incluyen desde la visión tradicional de difusión de información hasta la implementación de acciones de marketing social. La comunicación es esto y también es más.

Se deben desarrollar intervenciones y mensajes promoviendo los beneficios de los comportamientos saludables acordes a la población meta. La información generalmente no es suficiente para cambiar el comportamiento. Hace falta internalizar la información en un nivel más afectivo, emocional, en forma repetitiva, donde las normas sociales refuercen el nuevo comportamiento y se pueda poner en práctica regularmente.



Es importante tener personal especializado para la adecuada aplicación de la comunicación para la salud, incluidos entrenamientos que garanticen la adecuada promoción de la salud y el éxito de campañas y aplicación de técnicas propias del marketing social. Para ello se requieren de modificaciones curriculares de los programas de formación de recursos humanos.

Por otra parte, igualmente importante es abogar por políticas públicas binacionales favorables a la salud, por medio de la identificación de problemas en salud, sus causas, sus actores y sus responsabilidades; utilizar estrategias de comunicación y de negociación para colocar en la agenda pública binacional los temas de salud; y facilitar la discusión pública para promover y monitorear políticas de salud en ambos países.

Es necesario desarrollar intervenciones de comunicación para la salud (Coe, 1998, p. 26-29), no sólo de marketing social, que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables; identificar y priorizar situaciones que afecten la salud y el bienestar colectivos susceptibles de mejora a través de procesos comunicacionales; diseñar planes efectivos de comunicación que incluyan indicadores que faciliten la cogestión y la evaluación; implementar intervenciones en comunicación abarcando una diversidad de medios, canales y niveles de actuación; sin olvidar el seguimiento a las intervenciones de comunicación, monitoreando, evaluando y socializando resultados.

Hay que reconocer y analizar los determinantes de salud y enfermedad y la diversidad de respuestas en una realidad concreta con el fin de orientar estratégicamente las intervenciones de comunicación en salud. A partir de la utilización de la información y de instrumentos epidemiológicos básicos para determinar factores de riesgo y protección, priorizar acciones.

El análisis de las características esenciales de los principales problemas de salud pública binacional y de sus medios de detección, diagnóstico y tratamiento es necesario para mejorar el acceso y uso de los servicios de los sistemas de salud públicos y privados de ambos países.

REFERENCIAS

BEERLI-PALACIO, Asunción; MARTÍN-SANTANA, Josefa D.; PORTA, Miquel. El marketing como herramienta para incrementar la eficacia de los planes de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, Elsevier Publishing, v. 22 (supl. 1), p. 27-36, 2008.

BRAD, L. Neiger et al. Positioning social marketing as a planning process for health education. *American Journal of Health Studies* v. 18, n. 2/3, 2003.

COE, Gloria A. Comunicación y promoción de la salud. *Chasqui – Revista Latinoamericana de Comunicación*, v. 63, 1998.

CONAPO – Consejo Nacional de Población. Datos sobre migración a EUA. México: Conapo, mar. 2004. Disponible en: HYPERLINK “<http://www.conapo.gob.mx>” www.conapo.gob.mx. Consultado en: 10 jul. 2011

FORERO SANTOS, Jorge Alberto.. *El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. La sociología en sus escenarios*, Norteamérica, n. 20. 2009.



GARCÍA GONZÁLEZ, Janet. Interacción y comunicación para la salud, fundamentos para la implementación de programas de sexualidad y VIH/SIDA. 116 p. Tesis (Doctorado) – Universidad Veracruzana, México, 2008.

GIMÉNEZ, Gilberto. *Poder, estado y discurso*. México: Universidad Autónoma de México, 1981.

GS – Gobierno de Sonora. Programa “Bienvenido paisano”. Disponible en: < HYPERLINK “<http://www.paisano.gob.mx/>” <http://www.paisano.gob.mx/>>. Consultado en: 10 jul. 2011.

LEITE, Paula; CASTAÑEDA. Xóchitl. Mexicanos en Estados Unidos: (falta de) acceso a la salud. En: La situación demográfica de México 2008 México: Consejo Nacional de Población, 2009. p. 117-128.

LINDENBERGER, James H.; LINDENBERGER, Jim. Publishers notes. *Social Marketing Quarterly*, n. 7, p. 2-3, 2001.

LOSADA OTÁLORA, Mauricio; RODRÍGUEZ OREJUELA, Augusto. Health service quality: a literature review from a marketing perspective. *Cuadernos de Administración* v. 20, n.34, p. 237-258, July/Dec. 2007.

MANOFF, Richard K. Social marketing: new imperative for public health. New York: Proeger Pub., 2007.

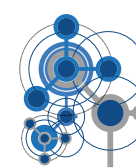
PIRANI Sylvia T. Reizes. The Turning Point social marketing national excellence collaborative: integrating social marketing into routine public health practice. *Journal of Public Health Managing Practice*, v. 11, n. 2, p. 131-138, 2005.

RODRÍGUEZ ORTIZ, Roxana. Cultura e identidad migratoria en la frontera México-Estados Unidos: intermediaciones entre la comunidad chicana y la comunidad transfronteriza. *Antiteses*, Universidade Estadual de Londrina, Brasil, v. 3, n. 5, p. 125-143, ene.-jun. 2010

SNS – Sistema Nacional de Salud. Programa “Vete sano, regresa sano”. México: Dirección General de Promoción de la Salud, 2011. [Disponible en: < HYPERLINK “<http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/acciones/vesano.htm>” <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/acciones/vesano.htm>>. Consultado en: 10 jul. 2011.

TAN, Erwin J. et al. Marketing public health through older adult volunteering: Experience Corps as a social marketing intervention. *Journal of Public Health*, v. 100, n. 4, p. 727-734, 2010.

Recebido em: 06.03.2012 / Aceito em: 05.06.2012



RESENHA





Fábio Cipriani

Estratégia em mídias sociais: como romper o paradoxo das redes sociais e tornar a concorrência irrelevante

Rio de Janeiro: Elsevier;
São Paulo: Deloitte, 2011
184 p.

Resenhado por:

Carolina Frazon Terra

- Doutora e mestre em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP)
- Especialista em Gestão Estratégica da Comunicação Organizacional e de Relações Públicas pela ECA-USP
- Graduada em Comunicação Social – Relações Públicas pela Universidade Estadual Paulista (Unesp)
- Consultora de mídias sociais e professora dos cursos de Relações Públicas e Publicidade e Propaganda da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado (Fecap)
- Editora do blog RPalavreando (<http://rpalavreando.com.br>)
- Autora dos livros *Mídias sociais...e agora?* e *Blogs corporativos: modismo ou tendência?*
- E-mail: carolinaterra@gmail.com



Entendendo as mídias sociais

Understanding the social media

Entendiendo los medios sociales

Fábio Cipriani é um profissional de mercado com experiência na consultoria de estratégia, *business* e comunicação digital para organizações. Em seu segundo livro, o autor inicia a jornada explicando conceitos relacionados à comunicação no ambiente digital, como economia de rede, de internet, mídias sociais, redes sociais, comunidades virtuais e diálogo e demonstra a relação entre eles em um diagrama muito esclarecedor (p. 4).

O autor também explica ao leitor conceitos básicos do universo digital, tais como *widgets*, RSS, *tags*, *wikis*, fóruns de discussão etc. Além disso, a primeira parte do livro busca contextualizar o leitor sobre o que é o ambiente digital e que conceitos fazem parte desse cenário.

O capítulo dois esclarece quem é o novo consumidor social: é um usuário ativo das tecnologias digitais, que espera da experiência on-line algo melhor do que da *off-line*; que compartilha conteúdos por meio de seus perfis em mídias sociais; que opina e confia em recomendações feitas on-line; que lê e critica produtos e serviços; que cria rankings; que procura suporte para se conectar a pessoas parecidas ou que têm as mesmas ideias; e que, em resumo, utiliza novos canais on-line e novas ferramentas de comunicação.

Nos capítulos três e quatro, o autor explica como a expectativa do consumidor, combinada ao atendimento dessa demanda, resulta na sua satisfação. Ele reforça que a intenção de influenciar, característica muito presente nas mídias sociais, acarreta a necessidade de monitoramento dessa mídia.

Fábio também se detém a explicar sobre a experiência do cliente e o quanto ela é decisiva para uma marca, um produto ou um serviço ter uma boa imagem ou reputação nas redes. Um cliente satisfeito ajuda a vender mais. E, pensando exatamente nessa lógica, traz exemplos de *social commerce*, um tipo de comércio que se vale dos usuários comuns como força de vendas de uma organização, sendo esta a principal origem das vendas ou não. Nesse sentido, também recomenda sites de pagamento, acompanhamento e recebimento de mercadorias. E, como não poderia deixar de ser, nesse processo, há também a opinião do consumidor, consolidada em sites como Reclame Aqui ou em redes sociais proprietárias como IdeaStorm.

As redes sociais colaborativas, como redesignme.com, hollrr.com, mystarbuscksidea, ideasculture.com etc., também são alvo dos estudos de Fábio, que chama esse movimento de inovação colaborativa, pela possibilidade que tais ferramentas trazem tanto a usuários quanto a organizações



de criarem novos produtos e compartilhem tais soluções com comunidades de interessados, por vezes com recompensas para isso.

Outro conceito bastante trabalhado pelo autor é o de *customer relationship management* (CRM) social, que une as pontas de negócio (*business*, atendimento ao cliente e comunicação com foco em relacionamento) e de agregação social.

A segunda parte do livro traz um pouco de teoria sobre redes sociais. Fábio sinaliza que os conceitos derivam da matemática e da sociologia, existindo desde antes do surgimento da internet. Para se começar uma estratégia em mídias sociais, o primeiro passo, na visão do autor, é definir objetivos e abordagens. Para cada um desses elementos, ele apresenta exemplos de métricas que podem calcular o impacto das ações.

Para a gestão de um projeto de mídias sociais, Fábio recomenda que se trace um plano de trabalho, bem como se monitorem e ajustem as iniciativas.

Um dos assuntos de maior interesse, nos últimos tempos tem sido como mensurar as ações de mídias sociais, como quantificá-las e como qualificá-las. Pensando nisso, Cipriani dedicou um capítulo ao retorno sobre o investimento (ROI) de mídias sociais. Ele traz um indicador chamado *net promoter score* (NPS), criado por Fred Reichheld, o qual é obtido tomando a porcentagem de clientes que recomendariam sua empresa (os promotores) e subtraindo o percentual dos que não a recomendariam (os detratores), sem levar em conta os que se mostraram neutros. Além de discorrer sobre o indicador, Fábio destaca a importância de se medir o capital social de uma organização, uma vez que este passa a ser a referência de reconhecimento que se busca na relação entre pessoas. E, para mensurar o capital social, é preciso medir a reputação, o engajamento, o alcance das ideias, recomendações, ou seja, confiança, comunicação e *expertise*.

Por fim, Fábio analisa uma série de cases de empresas reais e também sugere uma metodologia para execução das iniciativas em mídias sociais e um guia de bolso sobre como ter uma estratégia bem-sucedida.

O livro destina-se a estudantes e profissionais de comunicação que desejam entender o cenário da comunicação digital e conhecer um pouco do ferramental disponível para aplicação prática das mídias sociais.





Maria Aparecida Ferrari; Fabio França

Relaciones públicas: naturaleza, función y
gestión en las organizaciones contemporáneas

Buenos Aires
La Crujía
207 p.

Reseñado por:

Adriana Amado

- Doctora en Ciencias Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso)
- Profesora e investigadora en la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM), de Buenos Aires, y docente invitada de posgrados en Latinoamérica
- Autora de tres libros y editora de otros siete, con destaque para: *Comunicaciones públicas; Auditoría de comunicación; y Prensa y comunicación: relaciones informativas responsables*
- Desde 2004 desarrolla el blog académico www.catedraa.com.ar
- Preside el Centro para la Información Ciudadana
- E-mail: adrianacatedraa@gmail.com

Comunicar en escenarios cambiantes

Communicating in changing scenarios

Comunicar em cenários mutantes

El libro de los profesores brasileños Maria Aparecida Ferrari y Fábio França, se abre con un importante aporte como es el de presentar las distintas trayectorias de las relaciones públicas en América del Sur. Esta perspectiva comparativa plantea desde la partida fuertes contrastes entre países con relación al lugar en que se encuentra la disciplina. Mientras las relaciones públicas conforman una línea de investigación con sólidos antecedentes científicos en países como Brasil, hay otros como Argentina, donde se edita la obra, en los que las relaciones públicas aún no han encontrado su reconocimiento disciplinar dentro de la comunicación.

Esa legitimación de la actividad tampoco fue homogénea hacia dentro de las organizaciones, donde su adopción dependió de los particulares factores políticos, económicos, sociales y culturales del lugar. De ahí la importancia de recordar las bases conceptuales que remiten a la disciplina al vasto campo de la comunicación, que aún hoy busca un paradigma para dar cuenta de manera integral de los usos sociales y fenómenos que lo conforman. Y las relaciones públicas son parte indiscutible de ellos.

Junto con la contextualización teórica de la disciplina, el texto delinea su posicionamiento actual en el sistema global de comunicación. Como sostienen los autores desde la presentación, “las relaciones públicas son imprescindibles en todas las organizaciones, ya sean micro empresas o grupos transnacionales, familiares o de capital abierto, públicas o privadas, incluyendo aquellas que son clasificadas en el tercer sector, como las ONGs y fundaciones” (p. 11). Esta afirmación no es una generalidad, sino que plantea un nuevo alcance para la gestión de las relaciones públicas, quizás para algunos todavía demasiado asociadas al ámbito empresarial, donde fue introducida en el continente, aunque ya indiscutiblemente activas en la comunicación de las organizaciones de todo tipo.

Desde esta perspectiva las relaciones públicas se abordan como un área particular de los estudios que se interesan por los procesos de comunicación globales de las organizaciones y los intercambios que entablan con los diversos grupos sociales. El recorte que a veces se hace de la disciplina depende no de este potencial que destacan Ferrari y França, sino de la función que se le atribuye o del marco teórico desde el cual se la aborda. En este punto, es esclarecedor el encuadre que los autores hacen del tema con la investigación de James Grunig y Todd Hunt (p. 30). El trabajo, publicado en 1984, demostró que las relaciones públicas son una disciplina aplicada de las ciencias sociales, y que los relacionistas recurren a sus teorías y enfoques aun cuando no se dediquen específicamente a la investigación científica. Esto es así porque cada uno de los cuatro modelos subyacentes en las prácticas de las relaciones públicas se inscribe en un paradigma teórico. Este

aspecto no siempre fue apreciado por la investigación académica latinoamericana, que al concentrarse en las teorías de gran alcance no siempre entendió que la comunicación instrumental era una oportunidad de aplicarlas.

El libro plantea en este punto una interesante cuestión dado que recuerda que los modelos de comunicación unidireccionales fueron los que las relaciones públicas priorizaron, en detrimento de los bidireccionales. Grunig y Hunt mostraron que el modelo de comunicación más usado por la administración pública, pero también por las empresas y las organizaciones comunitarias, era el de la “Información pública”, cuya concepción de la comunicación es la difusión unidireccional de información, basada en la idea de que existe una verdad que debe ser conocida (p. 32). Este modelo es subsidiario de las prácticas instauradas por unos de los pioneros de la actividad, Ivy Lee, a inicios del siglo pasado. También unidireccional es el modelo del “agente de prensa”, que busca la difusión a partir de las noticias favorables en los medios, propio de la promoción de deportes y espectáculos. Esta comunicación de tipo propagandístico hoy también está ampliamente extendida en la comunicación de gobierno, como se observa en varios países del continente. Pero, para los autores, el modelo que más se ajusta a las relaciones públicas contemporáneas sería el simétrico bidireccional, por el cual, mediante “un proceso de negociación entre los actores involucrados en una determinada situación, se pueda llegar a un consenso que aporte ventajas a ambas partes” (p. 35).

En este punto vuelve a plantearse la diferencia entre las prácticas y el abordaje conceptual de dichas prácticas. No solo porque muchas veces se legitiman acciones que abonan modelos considerados conceptualmente obsoletos, como ocurre con cierta investigación académica que rechaza los procesos unidireccionales desde la teoría pero convalida programas de comunicación de gobierno que los utilizan. También puede ocurrir que se adopten prácticas aisladas que apuntan a la reciprocidad, pero, al no estar integradas en la gestión, quedan en iniciativas políticamente correctas, como se plantea en el capítulo dedicado a la responsabilidad social y sustentabilidad con el caso de ciertas acciones filantrópicas (capítulo 6). Así ocurre con muchas herramientas que en el algún momento parecen ponerse de moda y que muchas organizaciones adoptan de manera superficial. Sin embargo, como se encargan de recalcar los autores, la gestión de la comunicación no puede dejarse librada a las tendencias del mercado sino que debe surgir del análisis de las necesidades comunicativas y del lugar que ocupa la organización en un contexto en permanente cambio y definición. Dentro de esta concepción amplia, pero a la vez medular de lo que significan hoy las relaciones públicas, Ferrari y França proponen una definición integral de la actividad (p. 29), que bien puede considerarse una síntesis de la obra:

Las relaciones públicas contemporáneas se deben orientar según una visión global de las relaciones y demostrar la capacidad de planificar, definir, elaborar y gestionar las políticas de comunicación, sobrepasando su carácter mediático y operacional, muy propio de la comunicación utilizada exclusivamente como herramienta.

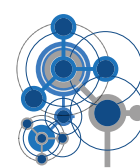
Las directrices deben tener una naturaleza abarcadora, y deben tener en cuenta las relaciones con la sociedad; deben asimismo estar en sinergia con la planificación estratégica de la organización, sin descuidar los principios éticos y operacionales de la empresa.

A partir de esta definición es que debe entenderse la segunda mitad del libro, más operativo y, en apariencia, dedicado a temas específicos como los públicos, la responsabilidad social, la organización del sector y la planificación de los proyectos. Pero esta articulación recuerda que la planificación y gestión de las relaciones públicas hoy demanda del responsable un movimiento continuo entre la teoría y la práctica, un ir y venir entre lo global y lo coyuntural, entre las tendencias generales y las necesidades puntuales de la organización. En un mundo globalizado, al relacionista ya no le alcanza ser un experto en técnicas, ni familiarizarse con las últimas herramientas de comunicación (capítulo 4). Tampoco alcanza con la mirada del teórico que analiza ex post una situación y emite dictámenes acerca de lo que hubiera convenido hacer. Los autores recuerdan que las relaciones públicas empezaron aceptando prácticas no siempre adecuadas a las necesidades reales de comunicación y terminaron siendo teorizadas en exceso (p. 11). Y ya va siendo tiempo de superar esta dicotomía.

Hoy más que nunca las organizaciones están en escenarios inestables, en contacto con públicos que aparecen y desaparecen, y cambian rápidamente los intereses que los unían entre sí y con la organización (capítulo 5). El relacionista también ha perdido su especialidad en la medida en que su trayectoria lo puede poner hoy en una empresa, mañana en una pequeña organización de la sociedad civil, pasado en un área de gobierno. Y en todos tendrá que organizar un sector de comunicación y gestionar relaciones (capítulo 7).

Como nos recuerdan los antiguos filósofos, en el cambio lo único que es constante es el cambio en sí. De ahí que la propuesta del libro sea definir al relacionista como un “analista de escenarios”, capaz de articular las directivas de la dirección con las circunstancias externas (capítulo 8).

Quizás se echa en falta un capítulo de cierre que vuelva a hilar los temas transitados en la lectura con la misma densidad con que se presentaron al inicio. El recorrido deja muchos elementos que plantean al lector nuevas preguntas. En su estructura, el libro va de lo general a lo particular y cierra en un punto muy específico que no hace justicia a la diversidad de temas y fuentes de consulta que ofrece a lo largo de sus páginas. Claro que el especialista al que se dirige sabrá recoger el desafío. Pero también es un libro para aquel que quiera dar un paso más en su conocimiento de las relaciones públicas, sea porque necesita adquirir sólidas fuentes bibliográficas, sea porque quiere encontrar caminos actualizados de aplicación instrumental. Los autores plantean a lo largo de los capítulos que en el campo de las relaciones públicas ya no es posible que conceptos y acciones vayan por cuerdas separadas. Si una conclusión deja el texto de los profesores Ferrari y França, es que es tiempo de recuperar las teorías y ponerlas al servicio de las prácticas.





Mónica Petracci; Silvio Waisbord (Comp.)

Comunicación y salud en Argentina

Buenos Aires
La Crujía, 2011

Reseñado por:

Ianina Lois

- Doctoranda en Sociología en el Instituto de Altos Estudios Sociales (Idaes), de la Universidad Nacional de General San Martín, Argentina
- Licenciada en Ciencias de la Comunicación
- Cuenta con un diploma superior en Género, Sociedad y Políticas por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso)
- Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA)
- Profesora de la Universidad Nacional de Río Negro
- A cargo del área de comunicación en la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación
- E-mail: ianilois@gmail.com

La salud como fenómeno social

Health as a social phenomenon

A saúde como fenômeno social

El campo de la comunicación y la salud se ha desarrollado de manera constante en los últimos años en Argentina. Es un campo que se ha fortalecido y ha adquirido entidad propia; y, sin embargo, todavía es dispersa la producción intelectual.

En este contexto, con la coordinación de Mónica Petracci y Silvio Waisbord y editado por La Crujía en su colección Inclusiones, se publicó recientemente el libro *Comunicación y salud en Argentina*. El libro recopila artículos de diversos autores, abordando las múltiples dimensiones y aspectos de la problemática de la salud y la comunicación.

La obra se propone aportar, discutir y complejizar el vínculo entre la salud y la comunicación a partir de la conformación de un mapa que pone en relación los debates conceptuales, las experiencias empíricas y las diferentes perspectivas y temáticas. Es de destacar el esfuerzo por profundizar y consolidar el abordaje analítico sobre la relación entre la comunicación y la salud, reconociendo a su vez el atravesamiento de otras lógicas como las de la medicina, la psicología o los medios de comunicación, entre otras disciplinas.

Los autores y autoras realizan su aporte desde trayectorias, procedencias y miradas diferentes. Pero evidencian en todos los casos la voluntad de: reflexionar críticamente sobre la dinámica de la construcción social de problemas en salud; la cobertura de la salud en los medios de información; la articulación de los discursos públicos y privados sobre salud/enfermedad; la interacción verbal y no verbal entre profesionales de la salud y usuarios de servicios; el funcionamiento de servicios públicos y privados de salud; la participación ciudadana; y la provisión de servicios de salud. Asumiendo la diversidad de temas y enfoques, cada reflexión propone un diálogo avanzando en los temas nodales de las ciencias sociales.

El libro ofrece pistas y claves de lectura para comprender la riqueza y heterogeneidad de los aportes provenientes de diferentes disciplinas como las ciencias médicas, las ciencias sociales y las humanidades. Es una invitación a aproximarnos a una mirada de conjunto en la que sobresale la diversidad de enfoques, modelos y prácticas a la hora de abordar la comunicación y salud.

Podría definirse al conjunto de los trabajos como un intento de mapa. Una cartografía compleja y necesariamente incompleta sobre cómo la sociedad argentina define y discute la salud a través del análisis de los medios de comunicación, de las instituciones médicas, de las campañas y los programas y de las políticas de salud pública.

Es una obra que invita a una lectura inconclusa y a un recorrido abierto, aceptando el desafío de poner en diálogo y tensión distintas aproximaciones analíticas. Una contribución al debate y diálogo sobre la salud como fenómeno social, en nuestros tiempos y en nuestra cultura.

En el libro se exponen experiencias de comunicación en temas específicos como gripe, VIH/sida, dengue, tabaquismo, cáncer, y cuestiones generales como comunicación interpersonal, cobertura periodística, campañas de medios etc. Abarca tanto el debate conceptual como el diseño estratégico de programas y destaca la importancia de la comunicación para mejorar de las condiciones de salud de las poblaciones y fortalecer a los servicios de salud.

Da inicio a la obra un artículo de Hugo Spinelli, especialista en salud colectiva, acerca de “Las dimensiones del campo de la salud en la Argentina”. Aquí se presenta un análisis sobre los desafíos y debates contemporáneos, se plantean interrogantes referidos a agentes, capitales, perfiles epidemiológicos y políticas que configuran el campo de la salud en Argentina, en donde se destacan las preguntas sobre el poder en el campo de la salud.

Luego de este primer capítulo, los demás artículos se organizan en una serie de entradas que sugieren caminos posibles de lectura, discusión y reflexión. La primera, llamada “La salud en los medios”, incorpora trabajos de autores que provienen de recorridos diferentes, en los cuales se incluye el análisis crítico de los medios gráficos y los anuncios televisivos como la construcción de la noticia en salud a partir de la perspectiva del periodismo.

Los mensajes sobre salud que aparecen en la televisión abierta local son analizados por Ana Gambaccini, Paola Ramírez Barahona y Verónica Salerno. Allí dan cuenta de la publicidad de empresas comerciales sobre alimentación y medicamentos, así como del tratamiento informativo que hicieron los noticieros sobre la gripe H1N1.

Complejizando el panorama, Martín Eynard y Raquel Drovetta trabajan a partir de las acciones de prevención del dengue en Córdoba, en el análisis del tratamiento mediático de la enfermedad. Por su parte, Andrea Jait avanza en su artículo sobre las formas de construcción de un virus de reciente aparición – como fue la influenza (H1N1) – en la prensa escrita, poniendo el acento en el énfasis mediático sobre la peligrosidad de la situación epidemiológica.

La relación entre comunicación y epidemiología es abordada por Alejandro Kaufman. El autor plantea la dificultad que se presenta en esta relación, sobre todo en estos tiempos de difusión y repercusión veloz de los mensajes, al quedar la comunicación subordinada a la epidemiología y encuadrada en la tarea de enunciar mensajes que aporten a la modificación de hábitos y comportamientos. Aporta el concepto de “estridencia del pánico” para describir esa relación en los medios de comunicación.

Matías Loewy reflexiona sobre los criterios de la noticiabilidad en la construcción de noticias médicas. Hace foco en las tensiones que se presentan entre las lógicas periodísticas y la de los



profesionales de la salud. A continuación, el rol y la práctica de los periodistas ante la tarea de informar sobre temas científicos y de salud en nuestra sociedad es analizada por Valeria Román. La autora da cuenta de los debates, las tensiones y las posibilidades que presentan las condiciones de producción de estas noticias.

Como cierre de esta entrada, Silvio Waisbord propone el concepto de ciclos “mediáticos-epidémicos” para indagar sobre la cobertura del dengue y la gripe A. En el artículo avanza sobre las dificultades que se presentan en el vínculo de la ciencia y el periodismo ante la producción de información y conocimiento.

“Comunicación médica institucional” es el nombre de la segunda entrada. En este bloque se aborda la dimensión comunicacional al interior de las instituciones y el servicio de salud. Es un capítulo donde la comunicación es entendida desde una perspectiva procesual y necesariamente situada y contextualizada. Los diferentes artículos coinciden en que las formas de comunicación en organizaciones e instituciones de salud se encuentran atravesadas por el conflicto y las relaciones de poder.

En el primer aporte, Diana Schvartz presenta una investigación cualitativa realizada en un hospital de la ciudad de Buenos Aires, donde analiza la relación médico-paciente, a la vez que recorre las preguntas por el papel que la institución le otorga a la comunicación en un marco complejo caracterizado por la asimetría de saberes disciplinarios y por el deterioro del modelo tradicional de vínculo entre el profesional de la salud y el usuario del servicio.

El trabajo de Adriana Ghitia, Patricia Diez, Andrea Jait y Karina Oliva da cuenta de una experiencia de comunicación en salud desde el Estado. En este texto se presenta de manera clara la cuestión de la salud – y también la comunicación – como un tema de derechos humanos. La experiencia desarrolla la capacidad del Estado en la promoción de espacios de participación en salud en los cuales se supera la mirada instrumental de la comunicación.

La mirada sobre la comunicación interna en los servicios de salud es presentada por Virginia Jalley y Eric Goyos. Los autores reflexionan sobre los aportes de la comunicación en el trabajo cotidiano de los equipos de salud comunitarios.

Por su parte, María Valeria Albardonero y Milca Cuberli trabajan sobre la dimensión educativa. Se describen los resultados de una investigación sobre las concepciones comunicacionales de una experiencia realizada en la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Comahue. En este artículo se enfatiza la necesidad de que en la formación de los futuros médicos se incorporen contenidos sobre las relaciones interpersonales y comunitarias desde una perspectiva procesual.

La tercera entrada está compuesta por tres artículos que analizan campañas e intervenciones en salud e incorporan la dimensión de cambios de hábitos individuales y sociales. Ana María Vara analiza una campaña de promoción de la vacuna del virus de papiloma humano (VPH) realizada



en 2008. La autora indaga sobre la correlación entre las acciones de marketing de los laboratorios y los temas de salud pública, en particular aquellos con un fuerte componente en la promoción de comportamientos saludables.

Desde un organismo internacional, Zulma Otiz y María José Ravalli cuestionan la ausencia de la temática de la mortalidad materna en los medios masivos de comunicación y reflexionan sobre las posibilidades y limitaciones en la construcción de mensajes cuyo objetivo es la movilización social.

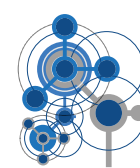
Cierra este capítulo Milca Cuberli, con un trabajo donde desarrolla los resultados de una investigación cualitativa sobre las opiniones de un equipo de salud acerca de las prácticas comunicacionales interpersonales, implementadas a través de los dispositivos de promoción del test de VIH en el sector público de la ciudad de Buenos Aires.

Con el título “Comunicación y políticas de salud”, en la cuarta y última entrada, se aborda la dimensión comunicacional de las políticas públicas de salud. Este capítulo recorre las preguntas por los desafíos contemporáneos de la perspectiva comunicacional de la salud pública en Argentina.

Raúl Mejía analiza las estrategias desarrolladas por la industria tabacalera para instalar en consumo del producto y las respuestas dadas por los organismos gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil. También hay un trabajo de Silvina Arrossi y Laura Thouyaret sobre las estrategias de comunicación implementadas desde el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino dirigidas a promover e informar a la mujeres sobre la realización del examen de papanicolaou.

La autora Marcela Belardo apunta a la instalación de un tema de salud en la agenda pública. Se analiza el recorrido del síndrome urémico analítico en las agendas de los medio de comunicación. Por último, la cuestión de derecho vuelve a aparecer con el artículo de Sandra Chaher y Sonia Santoro, a partir de la experiencia de Artemisa Comunicación.

En líneas generales, la publicación es una gran herramienta para todos aquellos interesados en acercarse, profundizar y reflexionar sobre el campo de la comunicación y salud, ya sea desde la investigación y la producción de saberes y conocimientos, como desde la planificación, gestión y evaluación de experiencias que aborden esta dimensión.





NORMAS EM PORTUGUÊS

ORGANICOM REVISTA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E RELAÇÕES PÚBLICAS

ESTRUTURA DA REVISTA

Organicom compõe-se de seis seções, caracterizadas na sequência.

Espaço aberto

Textos de temáticas de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas, não relacionadas ao tema específico do dossiê da respectiva edição.

Dossiê

Textos de pesquisadores e de profissionais do mercado, especificamente voltados ao assunto pautado para a respectiva edição.

Pesquisa

Artigos com resultados de pesquisas inéditas, relacionadas ou não ao tema específico do dossiê da respectiva edição.

Entrevista

Entrevista exclusiva sobre o tema do dossiê da respectiva edição, dada por especialista brasileiro(a) ou estrangeiro(a) de renome na área, convidado(a) dentre acadêmicos ou profissionais do mercado.

Depoimento

Relatos de profissionais atuantes no mercado, sobre casos de aplicação prática ligados à temática do dossiê.

Resenhas

Pequenos artigos de análise crítica de obras (livros, revistas, teses destacadas) publicadas, preferencialmente, no ano anterior ou no ano da respectiva edição da revista, versando sobre temáticas da Comunicação Organizacional, das Relações Públicas ou do tema específico do dossiê da respectiva edição.



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Artigos para as seções “Espaço aberto”, “Dossiê” e “Pesquisa”

- Serão recebidos textos em português, espanhol, inglês, francês e italiano.
- Os artigos devem ter um título, que não pode ser muito longo.
- Os artigos devem ter, no início, um resumo que não exceda 600 caracteres (com espaços) e até cinco palavras-chave.
- O texto propriamente dito deve ser de, no máximo, 33.000 caracteres (com espaços), incluindo as referências das fontes utilizadas.
- Título, resumo e palavras-chave de autores brasileiros devem vir em Português, Espanhol e Inglês.
- Título, resumo e palavras-chave de autores de outros países devem vir no idioma original e em inglês, responsabilizando-se a revista pela tradução para o Português.

Depoimentos

- Os depoimentos devem ter, no máximo, 15.000 caracteres (com espaços), incluindo referências bibliográficas, se houver.

Resenhas

- As resenhas devem ter, no máximo, 9.000 caracteres (com espaços).
- Devem ter um título original.
- Devem conter a referência completa da obra analisada: autores ou organizadores, editora, ano de publicação, número de páginas.
- Devem vir acompanhadas de uma foto da capa da obra resenhada, escaneada com alta qualidade.

Formatação dos textos

- Os textos devem ser digitados em Times New Roman, com corpo 12, mantendo-se espaço 1,5 entre as linhas e espaço duplo entre os parágrafos.
- As margens laterais do texto deverão ter 3 cm.



Identificação dos autores

Os autores de artigos, pesquisas, depoimentos e resenhas devem enviar, juntamente com seus textos, as informações abaixo. Estas devem ter, no máximo, 1.000 caracteres (com espaços), total que vale para um autor ou para mais autores somados.

- Dados de titulação acadêmica (doutorado, mestrado, especialização, graduação), indicando a área e a universidade.
- Dados de vinculação acadêmica ou profissional, indicando cargo e instituição.
- Principais publicações próprias e/ou coletâneas organizadas.
- Tópicos do histórico profissional.
- Endereço para correspondência, telefone e e-mail (este será publicado).

Notas, citações e referências

- As notas explicativas devem ser apresentadas no pé da página, em corpo 10, com a numeração acompanhando a ordem de aparecimento.
- As fontes de citações devem ser identificadas dentro do texto (fonte, ano e página da citação).
- Nas citações e nas referências finais (postas em ordem alfabética) se devem seguir as normas NBR 10502 e NBR 6023 da ABNT. Se autores de outros países utilizam um sistema diferente (Vancouver etc.), a revista as padronizará segundo as normas mencionadas.

Figuras

- As figuras devem ser enviadas em arquivos separados, indicando-se dentro do texto o seu local de inserção.
- Fotografias e mapas, além de organogramas, diagramas e fluxogramas complexos, devem estar em formatos adequados de impressão (300 dpi, com 20 cm de largura);
- Outros elementos, como quadros, gráficos e tabelas, além de organogramas, diagramas e fluxogramas simples, serão adequados aos padrões gráficos da revista Organicom.

Avaliação dos textos

Os originais encaminhados serão submetidos a dois membros do Conselho Editorial para emissão de parecer que avalie o texto com base em critérios de qualidade, metodologia e adequação aos objetivos e padrões estabelecidos nestas normas. Dois pareceres favoráveis habilitam o texto para publicação, assim como dois desfavoráveis o invalidam. Um favorável e outro desfavorável levarão a uma terceira consulta. Os responsáveis pela avaliação serão designados de



acordo com a linha de pesquisa e o tema desenvolvido pelo autor. Todos os autores receberão informações detalhadas sobre o processo de avaliação de seu texto, que pode ser aceito, aceito com ressalvas (condicionado a alterações ou complementações) ou recusado.

Padrões editoriais

Todas as normas de publicação devem ser estritamente respeitadas, sob pena de a colaboração ser recusada. Mais informações e orientações podem ser obtidas com a equipe de *Organicom* e também pela consulta às Diretrizes para autores, que podem ser acessadas no site da revista (www.revistaorganicom.org.br), clicando-se em **Sobre > Submissões Online**.

Organicom se reserva o direito de editar os textos, efetuando correções, adaptações e alterações, sem consulta aos autores ou, caso necessário, submetendo a eles a edição feita, para solução de pendências e liberação final.

Direitos autorais

O envio do original implica a cessão de direitos autorais e de publicação à revista, que não se compromete a devolver as colaborações recebidas.

Forma de submissão de originais

Os autores deverão submeter suas colaborações em formato eletrônico por meio do portal eletrônico www.revistaorganicom.org.br, que utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (Seer). O autor deve cadastrar-se, clicando no ícone **CADASTRO**, na parte superior da página, e preenchendo o formulário com seus dados pessoais e profissionais. Ao final, não se esquecer de selecionar a opção **Autor: Pode submeter à revista**, antes de clicar em **cadastrar**. Concluído o cadastramento, o sistema fornecerá instruções para a efetuação da transferência do trabalho.

A avaliação dos *papers* será feita pelo próprio sistema, utilizando o método *peer review* às cegas. Os resultados e os comentários feitos pelos pareceristas serão disponibilizados ao autor em seu próprio perfil on-line (acessado com seu login e sua senha). Em caso de solicitação de alterações, o autor deverá submeter as novas versões do trabalho também pelo sistema Seer.

Contatos

Site: www.revistaorganicom.org.br

E-mail: organicom@revistaorganicom.org.br

Tel: 55 11 3091-2949

Twitter: [@organicom_usp](https://twitter.com/organicom_usp)

Facebook: www.facebook.com/Revista-Organicom



NORMS IN ENGLISH

ORGANICOM REVISTA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E RELAÇÕES PÚBLICAS

STRUCTURE OF THE MAGAZINE

Organicom consists of six sections, characterized as follows.

Open space

Texts of Organizational Communication and Public Relations themes, which are not related to the specific theme of the dossier of the relevant edition.

Dossier

Texts of researchers and professionals of the market, specifically aimed at the subject scheduled for the relevant edition

Research

Articles with results of unpublished surveys, whether related or not to the specific theme of the dossier of the relevant edition.

Interview

An exclusive interview concerning the theme of the dossier of the relevant edition, given by a Brazilian or foreign specialist who is renown in the area, invited from among academics or professionals of the market.

Deposition

Reports by professionals who are active in the market on cases of practical application concerning the theme of the dossier.

Reviews

Small articles with critical analyses of works (books, magazines, highlighted theses) preferably published in the previous year or in the year of the relevant edition of the magazine, addressing themes of Organizational Communication, of Public Relations or of the specific theme of the dossier of the relevant edition.



PUBLICATION NORMS

Articles for the “Open space”, “Dossier” and “Research” sections

- Texts will be received in Portuguese, Spanish, English, French and Italian.
- The articles must have a title, which cannot be too lengthy.
- The articles must have at the beginning an abstract that does not exceed 600 characters (with spaces) and up to five keywords.
- The text per se must be of a maximum of 33,000 characters (with spaces), including the references of the sources used.
- The title, abstract and keywords of Brazilian authors must come in Portuguese, Spanish and English.
- The title, abstract and keywords of authors of other countries must come in the original language and in English, with the magazine having responsibility for translation to Portuguese.

Depositions

- The depositions must have a maximum of 15,000 characters (with spaces), including bibliographic references, if any.

Reviews

- The reviews must have a maximum of 9,000 characters (with spaces).
- They must have an original title.
- They must show the complete reference of the works analyzed: authors or organizers, publisher, year of publication, number of pages.
- They must come together with a photo of the cover of the reviewed work, with top quality scanning.

Formatting of the texts

- The texts must be typed in Times New Roman, size 12, maintaining a 1.5 space between lines and double space between paragraphs.
- The lateral margins of the texts must be of 3 cm.



Identification of the authors

The authors of articles, surveys, depositions and reviews must send, together with their texts, the information set forth below. These items must have a maximum of 1,000 characters (with spaces), a total that is valid for one author or for more authors added together.

- Data on academic titles (doctorate, master's degree, specialization, graduation), designating the area and the university.
- Data on academic or professional relationship, designating position and institution.
- Principal own publications and/or organized excerpts.
- Highlights of professional history.
- Address for correspondence, telephone and email (the latter will be published).

Notes, citations and references

- The explanatory notes must be presented at the foot of the page, with font size 10, with the numbering following the order of appearance.
- The sources of the citations must be identified within the text (source, year and page of the citation).
- In the citations and in final references (placed in alphabetical order), the NBR 10502 and NBR 6023 standards of the ABNT (local acronym for Brazilian Association of Technical Standards) must be followed. If authors of other countries use a different system (Vancouver, etc.), the magazine will standardize them according to the mentioned norms.

Figures

- Figures must be sent in separate files, designating within the text their place of insertion.
- Photographs and maps, as well as organization charts, complex diagrams and flowcharts must be in adequate printing format (300 dpi, 20 cm wide);
- Other elements like charts, graphs and tables, as well as simple organization charts, diagrams and flowcharts will be adequate for the graphic standards of the Organicom magazine.

Appraisal of the texts

The originals sent will be submitted to two members of the Editorial Board for issuance of an opinion appraising the text based on criteria of quality, methodology and adequacy for the objectives and standards established in these norms. Two favorable opinions qualify the text for publication, while two unfavorable ones invalidate the text. One favorable and one unfavorable will give rise to a third consultation. The persons responsible for the appraisal will be designated according to



the line of research and the theme addressed by the author. All of the authors will receive detailed information on the process of appraisal of their texts, which may be accepted, accepted with exceptions (subject to alterations or supplementations) or refused.

Editorial standards

All of the publication standards must be strictly observed, subject to penalty of the collaboration being refused. More information and guidance can be obtained with the *Organicom* team and also by consulting the Guidelines for authors, which can be accessed on the magazine's site (www.revistaorganicom.org.br), clicking on **Sobre > Submissões Online**.

Organicom reserves the right of editing the texts, making corrections, adaptations and alterations, without consulting the authors or, if necessary, submitting to them the editing applied, for solution of pending items and final release.

Copyrights

The remittance of the original implies the assignment of authors' and publication rights to the magazine, which does not assume a commitment of returning the collaborations received.

Form of submitting originals

The authors must submit their collaborations in electronic format through the electronic portal www.revistaorganicom.org.br, which uses the System of Electronic Editing of Magazines (Seer). The author must register by clicking on the **CADASTRO** icon, in the upper part of the page, and completing the form with his/her personal and professional data. At the end, do not forget to select the option **Autor: Pode submeter à revista**, before clicking on **cadastrar**. Upon completion of the registration the system will provide instructions for carrying out the transfer of the work.

The assessment of the papers will be conducted by the system itself, using the *peer review* method blindly. The results and the comments made by the opinion authors will be made available to the author in his/her own online profile (accessed with his/her login and password). In the event of a request for alterations, the author must submit new versions of the work, likewise on the Seer system.

Contacts

Site: www.revistaorganicom.org.br

E-mail: organicom@revistaorganicom.org.br

Tel: 55 11 3091-2949

Twitter: [@organicom_usp](https://twitter.com/organicom_usp)

Facebook: www.facebook.com/Revista-Organicom



ORGANICOM
REVISTA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E RELAÇÕES PÚBLICAS

ESTRUCTURA DE LA REVISTA

Organicom se compone de seis secciones, caracterizadas a continuación.

Espacio abierto

Textos de temáticas de Comunicación Organizacional y de Relaciones Públicas, no relacionadas al tema específico del dossier de la respectiva edición.

Dossier

Textos de investigadores y de profesionales del mercado, específicamente dirigidos al asunto pautado para la respectiva edición.

Investigación

Artículos con resultados de investigaciones inéditas, relacionadas o no al tema específico del dossier de la respectiva edición.

Entrevista

Entrevista exclusiva sobre el tema del dossier de la respectiva edición, dada por especialista brasileiro(a) o extranjero(a) de renombre en el área, invitado(a) a partir de académicos o profesionales del mercado.

Declaración

Relatos de profesionales actuantes en el mercado, sobre casos de aplicación práctica vinculados a la temática del dossier.

Reseñas

Pequeños artículos de análisis crítica de obras (libros, revistas, tesis destacadas) publicadas, preferencialmente, en el año anterior o en el año de la respectiva edición de la revista, versando sobre temáticas de la Comunicación Organizacional, de las Relaciones Públicas o del tema específico del dossier de la respectiva edición.



NORMAS DE PUBLICACIÓN

Artículos para las secciones “Espacio abierto”, “Dossier” e “Investigación”

- Serán recibidos textos en portugués, español, inglés, francés e italiano.
- Los artículos deben tener un título, que no puede ser muy largo.
- Los artículos deben tener, al principio, un resumen que no exceda 600 caracteres (con espacios) y hasta cinco palabras-clave.
- O texto propiamente dicho debe tener como máximo, 33.000 caracteres (con espacios), incluyendo las referencias de las fuentes utilizadas.
- Título, resumen y palabras-clave de autores brasileiros deben venir en Portugués, Español e Inglés.
- Título, resumen y palabras-clave de autores de otros países deben aparecer en el idioma original y en inglés, responsabilizándose la revista por la traducción para el Portugués.

Declaraciones

- Las declaraciones deben tener como máximo 15.000 caracteres (con espacios), incluyendo referencias bibliográficas, si existir.

Reseñas

- Las reseñas deben tener como máximo 9.000 caracteres (con espacios).
- Deben tener un título original.
- Deben contener la referencia completa de la obras analizadas: autores o organizadores, editora, año de publicación, número de páginas.
- Deben venir acompañadas de una foto de la capa de la obra reseñada, escaneada con alta calidad.

Formatación de los textos

- Los textos deben ser digitados en Times New Roman, con cuerpo 12, manteniéndose un espacio de 1,5 entre las líneas y espacio duplo entre los párrafos.
- Las márgenes laterales del texto deberán tener 3 cm.



Identificación de los autores

Los autores de artículos, investigaciones, declaraciones y reseñas deben enviar, juntamente con sus textos, las informaciones abajo. Estas deben tener, como máximo, 1.000 caracteres (con espacios), total que vale para un autor o para más autores sumados.

- Datos de titulación académica (doctorado, maestría, especialización, graduación), indicando el área y la universidad.
- Datos de vinculación académica o profesional, indicando cargo e institución.
- Principales publicaciones propias y/o colecciones organizadas.
- Tópicos del histórico profesional.
- Dirección para correspondencia, teléfono y email (éste será publicado).

Notas, citas y referencias

- Las notas explicativas deben ser presentadas al pie de la página, en cuerpo 10, con la numeración acompañando el orden de apareamiento.
- Las fuentes de citas deben ser identificadas dentro del texto (fuente, año y página de la citación).
- En las citas y en las referencias finales (puestas en orden alfabético) se deben seguir las normas NBR 10502 y NBR 6023 de la ABNT. Si autores de otros países utilizan un sistema diferente (Vancouver etc.), la revista las estandarizará según las normas mencionadas.

Figuras

- Las figuras deben ser enviadas en archivos separados, indicándose dentro del texto el local de su inserción.
- Fotografías y mapas, así como organogramas, diagramas y flujogramas complejos, deben estar en formatos adecuados de impresión (300 dpi, con 20 cm de anchura);
- Otros elementos, como cuadros, gráficos y tablas, así como organogramas, diagramas y flujogramas simples, serán adecuados a los estándares gráficos de la revista *Organicom*.

Evaluación de los textos

Los originales encaminados serán sometidos a dos miembros del Consejo Editorial para emisión de un parecer que evalúe el texto con base en criterios de calidad, metodología y adecuación a los objetivos y estándares establecidos en estas normas. Dos pareceres favorables habilitan el texto para su publicación, así como dos desfavorables lo invalidan. Un favorable y otro desfavorable llevarán a una tercera consulta. Los responsables por la evaluación serán designados de



acuerdo con la línea de investigación y el tema desarrollado por el autor. Todos los autores recibirán informaciones detalladas sobre el proceso de evaluación de su texto, que puede ser acepto, acepto con restricciones (condicionado a alteraciones o complementaciones) o rechazado.

Estándares editoriales

Todas las normas de publicación deben ser estrictamente respetadas, bajo pena de la colaboración ser rechazada. Más informaciones y orientaciones pueden ser obtenidas con el equipo de la revista *Organicom* y también por la consulta a las Directrices para autores, que pueden ser accedidas en el sitio de la revista (www.revistaorganicom.org.br), clicándose en **Sobre > Sumisiones Online**.

La revista *Organicom* se reserva el derecho de editar los textos, efectuando correcciones, adaptaciones y alteraciones, sin consulta a los autores o, cuando el caso sea necesario, sometiendo a ellos la edición realizada, para resolver pendencias y para la liberación final.

Derechos autorales

El envío del original implica la cesión de derechos autorales y de publicación a la revista, que no se compromete a devolver las colaboraciones recibidas.

Forma de sumisión de originales

Los autores deberán someter sus colaboraciones en formato electrónico por medio del portal electrónico www.revistaorganicom.org.br, que utiliza el Sistema Electrónico de Editorialización de Revistas (Seer). El autor debe registrarse, clicando en el ícono CADASTRO, en la parte superior de la página, y llenando el formulario con sus datos personales y profesionales. Al final, no se olvide de seleccionar la opción **Autor: Pode submeter à revista**, antes de clicar en **registrar**. Concluido el registro, el sistema ofrecerá instrucciones para la efectucción de la transferencia del trabajo.

La evaluación de los *papers* será realizada por el propio sistema, utilizándose el método *peer review* a ciegas. Los resultados y los comentarios realizados por los pareceristas estarán disponibles al autor en su propio perfil on-line (accediendo con nombre de usuario y contraseña). En el caso de solicitud de alteraciones, el autor deberá someter las nuevas versiones del trabajo también por el sistema Seer.

Contactos

Site: www.revistaorganicom.org.br

E-mail: organicom@revistaorganicom.org.br

Tel: 55 11 3091-2949

Twitter: [@organicom_usp](https://twitter.com/organicom_usp)

Facebook: www.facebook.com/Revista-Organicom